

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES  
JOURNAL  
DE  
L'ALIÉNATION MENTALE  
ET DE  
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS





# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

## L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

---

FONDATEUR

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF

HENRI COLIN

Médecin en chef à l'Asile Clinique (Ste-Anne)

---

DOUZIÈME SÉRIE — TOME DEUXIÈME

QUATRE-VINGT-TROISIÈME ANNÉE



90152

---

PARIS

MASSON ET C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

120, Boulevard Saint-Germain (6<sup>e</sup>)

---

1925





ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES  
JOURNAL  
DE  
L'ALIÉNATION MENTALE  
ET DE  
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

---

Chronique

---



*La Semaine Neuro-Psychiatrique de Paris  
Centenaire de Charcot*

*Vint-cinquième anniversaire de la Société  
de Neurologie. -- Vingt-Neuvième Congrès  
des Médecins Aliénistes et Neurologistes.*

---

La semaine qui s'écoula du 24 mai au 1<sup>er</sup> juin vit à Paris la plus grande affluence de sommités médicales en matière de système nerveux qui fut jamais. Cela grâce à l'heureuse entente des organisateurs des trois solennités qui devaient y être célébrées cette année. Le succès immense de ces fêtes volontairement intriquées les unes dans les autres prouve une fois de plus la fécondité de la collaboration entre ces deux servants d'une même science que sont aliénistes et neurologistes.

**CENTENAIRE DE CHARCOT.** — Le comité d'organisation était composé de MM. Pierre Marie, Pitres et Paul Richer comme présidents d'honneur, Babinski comme président, Souques comme secrétaire général. MM. Blin, Jean Charcot, Henri Colin, Dutil, Guinon, Hallion, Londe, Meige, Parmentier comme membres, plus le bureau de la Société de Neurologie. Le ministère des Affaires étrangères, le ministère de l'Instruction publique, le Conseil municipal de Paris, le Conseil Général de la Seine, des facultés et de nombreuses sociétés de France et de l'Etranger, des particuliers de tous les pays avaient offert de généreuses subventions. Toutes les puissances, à part les germaniques, envoyèrent des délégués.

Jean Charcot, explorateur et médecin, fils de l'illustre défunt, Mme Hendry, née Jeanne Charcot, sa fille, Mme Waldeck-Rousseau, fille d'un premier mariage de sa femme, quelques autres parents représentaient la famille.

L'Académie de Médecine consacra à cette célébration sa séance du mardi 26 mai. Face au public et tournant le dos au flageolement cyanotique de la broderie des cinq habits académiques du bureau, le professeur Pierre Marie exposa l'œuvre du savant, la méthode du travailleur, l'enseignement du maître, l'art du médecin, la valeur de l'homme, l'excellence du mari et du père, le talent de l'artiste. Puis, le professeur Marinesco de Bucarest et le professeur Christiansen de Copenhague témoignèrent de l'influence mondiale exercée par la pensée de Charcot. Enfin en quelques mots d'une exquise délicatesse, le professeur Achard, secrétaire de l'Académie, apporta au maître, dont il ne fréquenta pas directement le service, l'hommage

anonyme des élèves qui n'ont jamais vécu qu'à l'ombre de ses rayons.

Dans la salle des Pas-perdus étaient réunies sous des vitrines, diverses reliques : croquis de voyages, cahiers de notes, diplômes et portraits.

La Sorbonne, au soir même de la consécration scientifique, procéda à la consécration mondaine. Le grand amphithéâtre était trop étroit pour contenir tous les arrivants.

Sur l'estrade on admirait les longues théories des représentants officiels de tous les pays, dont plusieurs revêtus des insignes pittoresques de leurs universités. L'hémicycle bigarré de toilettes était martialement jalonné de gardes républicains au garde à vous, immobilisant le scintillement de leurs casques, étouffant le cliquetis de leurs sabres et étalant, à la hauteur des visages de la foule assise, la blancheur de leurs culottes encadrée de pourpre par les pans relevés de leur tunique. En présence du Président de la République, M. Doumergue, le Docteur Babinski lut un éloge de Charcot où il sut rendre sensible même aux profanes, l'étendue des découvertes faites par celui dont il est l'un des plus glorieux continuateurs.

Puis, ce fut le tour des envoyés de l'Angleterre, de la Belgique, du Danemark, de l'Espagne, de l'Esthonie, des Etats-Unis, de l'Italie, du Japon, du Luxembourg, de la Norvège, de la Pologne, du Portugal, de la République Argentine, des Républiques Soviétiques, de la Serbie, de la Suède, de la Tschécoslovaquie.

Ensuite, des allocutions furent prononcées par les représentants de l'Académie des Sciences, de l'Institut Pasteur, des Sociétés de neurologie, d'anatomie, de biologie, des hôpitaux de Paris.

Enfin, les discours dont beaucoup durent être supprimés faute de temps, se terminèrent par celui du ministre de l'Instruction publique, qui présidait la séance, M. de Monzie.

En guise d'intermèdes, la musique de la garde jouait des airs de Gluck, de Beethoven, de Bizet et de Saint-Saëns, pris parmi les préférés de Charcot.

La Salpêtrière ouvrit ses portes aux pèlerins du Centenaire. Ils y furent reçus le mercredi matin par le professeur Guillaïn, détenteur actuel de la chaire des maladies nerveuses, et par le directeur de l'Assistance publique, M. Mourier, dans cette fameuse clinique, où Charcot enseignait devant un parterre de savants accourus des quatre coins de la terre. Le bureau du défunt chargé de ses instruments journaliers et de ses manuscrits, le musée qu'il fonda, et que ses successeurs enrichirent, sa bibliothèque particulière offerte à l'hôpital par son fils, la chapelle où l'on célébra ses funérailles furent l'objet de la plus pieuse curiosité.

D'abord, Arsenal de Louis XIII, cette Salpêtrière fut peu après et resta pendant deux siècles le plus vaste hôpital de femmes, puisqu'elle contenait 8.000 personnes sous Louis XV. A vrai dire, elle ne changea guère de destination quand, après avoir été poudrière, elle devint l'abri des plus vibrantes fibres de la chair féminine. Que d'explosions de cris et de rafales de crises dans ce gynécée de l'infortune et de la souffrance, où l'ignorance de nos pères, confondant police et assistance, entassait pêle-mêle : mendiante et convulsionnaires, idiots et folles, vieilles usées par l'âge et gamines ivres d'indiscipline, filles abandonnées par leurs séducteurs et grisettes récalcitrantes aux fantai-

sies de quelque traitant tout-puissant, cancéreuses et paralytiques, voleuses et ivrognesses !

Ces salles, où s'épanouirent tous les symptômes de la pathologie nerveuse et mentale, furent les serres où purent germer bien des syndromes hétéroclites que l'on ne reverra jamais, car désormais est irréalisable la virulente promiscuité du vice, de la maladie et de la misère qui leur donna naissance. Pinel brisant les chaînes des aliénés, Charcot identifiant les affections nerveuses et autour de ces grandes figures la phalange laborieuse de leurs continuateurs : Esquirol, Baillarger, Falret, Legrand du Saulle, Deny, Lasègue, Vulpian, Duchenne de Boulogne, pour ne citer que quelques-uns des morts, telles sont pour nous, médecins, les évocations du mot Salpêtrière.

Mais de toute la flore d'humanité maudite enfermée dans ces murs, ce sont les fleurs ensorcelantes de l'amour vénéneux — fleurs que l'homme le plus sage ne peut s'empêcher de cueillir, quand la fatalité les place sur sa route, — dont le public garde avant tout le souvenir. Manon, malgré la flétrissure de son corps contaminé, Théroigne de Méricourt, malgré les extravagances de sa vie sombrée dans la folie, Jeanne Lamotte, malgré la perfidie de ses intrigues et l'horreur de son suicide, restent touchantes et séductrices dans la mémoire de ceux qui écoutent leur légende ou lisent leur histoire.

Un *banquet* de plus de deux cents couverts fut offert au Palais d'Orsay, aux plus fervents et illustres disciples du maître. La *Société de Neurologie*, dans sa séance du mardi matin, entendit une brève étude du professeur Guillain sur l'œuvre neurologique de Charcot. La *Société médico-psy-*

*chologique* eut à son programme du lundi une communication sur la psychophysiologie de Charcot. La librairie Masson édita deux élégantes plaquettes illustrées, l'une de Guillain et Mathieu sur « *la Salpêtrière* », l'autre d'Henri Meige sur « *Charcot artiste* ». Des *médailles de Charcot* par Vernon furent distribuées aux membres de la Société de neurologie et à ses invités. Enfin, des *articles sur Charcot* furent publiés dans toutes les revues médicales, dans la plupart des revues littéraires, et dans presque toute la presse quotidienne de Paris.

Ainsi, le Sort qui avait eu pour Charcot vivant toutes les complaisances lui donnant le génie et la gloire, la santé et la beauté, l'amour et l'amitié, lui épargnant les déchéances de l'agonie en le foudroyant sur la cime d'une montagne comme un titan toujours jeune, conserva à ses mânes les mêmes faveurs. Il maintint la postérité fidèle à son culte. Et l'année même de son centenaire, afin qu'elles puissent plus aisément participer à sa célébration, il convoqua toutes les nations à venir exposer à Paris les plus récentes découvertes de cet art décoratif que le grand médecin avait pratiqué lui-même avec tant d'éclat.

**VINGT-CINQUIEME ANNIVERSAIRE DE LA SOCIETE DE NEUROLOGIE.** — Le bureau annuel de la Société, composé du président, M. Guillain, du vice-président, M. Léri, du secrétaire général, M. Crouzon, du trésorier, M. Barbé et du secrétaire des séances, M. Béhague, tint à cœur de faire coïncider la célébration du vingt-cinquième anniversaire de la Société fondée le 8 juin 1899, avec

celle du centenaire de Charcot et avec la session du Congrès des aliénistes et neurologistes.

Pour ce faire, fut avancée de quelques jours la sixième de ces « Réunions neurologiques internationales annuelles », dont la sage institution date de la fin de la guerre. Le programme fut doublé et comporta deux questions, ayant chacune suivant la convention habituelle, des rapporteurs pris en dedans et en dehors de la frontière. La première sur la « Sclérose latérale amyotrophique » avait pour rapporteurs MM. Néri (de Bologne), Bertrand (de Paris) et Van Bogaert (d'Anvers). La seconde sur « La Migraine » avait pour rapporteurs M. Christiansen (de Copenhague) et Pasteur-Val-lery-Radot (de Paris). Les discussions auxquelles prirent part français et étrangers, occupèrent les deux journées du lundi 25 mai et du mercredi 27 mai, aux amphithéâtres de la Clinique Charcot et de l'Ecole des infirmières de la Salpêtrière.

Une séance exceptionnelle eut lieu en outre le mardi matin, 26, dans la salle de la rue de Seine, séance exclusivement réservée aux étrangers pour des communications sur un sujet quelconque de neurologie. Elle fut très chargée et extrêmement intéressante. On vit défiler à la tribune tous les types anthropologiques de l'humanité civilisée, et l'on entendit prononcer le français le plus pur avec l'intonation de tous les dialectes. Tous les orateurs parlèrent correctement notre langue, avec une aisance qui est le meilleur garant de l'usage qui en est fait dans leurs lointains foyers.

La science n'a pas de patrie, *dans ses résultats mêmes*, précisait quelques jours plus tard le professeur Donaggio de Modène, mais elle en a une dans l'application sociale qu'elle en fait; car cette appli-

cation est fonction du génie du peuple auquel appartient le savant. Or parler une même langue, n'est-ce pas contracter une communauté d'idéal ? C'est donc à juste titre que nous pouvons nous enorgueillir de l'honneur qui nous est fait par ces hommes éminents, cultivant le français.

Les membres de la Société de Neurologie, qui d'ailleurs s'étaient tous inscrits pour la célébration du centenaire de Charcot, participèrent à toutes ses fêtes et furent les hôtes du banquet.

**CONGRES DES ALIENISTES ET NEUROLOGISTES.** — Le XXIX<sup>e</sup> Congrès des Aliénistes et Neurologistes français et des pays de langue française, siégea à Paris du 28 mai au 1<sup>er</sup> juin, sous la présidence de M. Anglade et la vice-présidence de M. Semelaigne, assistés de M. Dupain, secrétaire général de la session et de M. René Charpentier, secrétaire permanent du Congrès. Il battit le record du nombre des adhésions de tous ses prédécesseurs, atteignant le nombre de 421 inscriptions et 17 nations s'y étant fait représenter par des délégués officiels.

Les fêtes qui tempérèrent l'austérité de ses travaux furent choisies avec un tact parfait. A Paris, en effet, il faut laisser chacun libre de disposer de son temps, car les désirs les plus contradictoires y trouvent spontanément d'abondantes satisfactions. Et l'horaire fut observé avec une ponctualité qui fait honneur aux secrétaires généraux et à leur précieuse collaboratrice, Mlle Dupain.

La faculté de médecine mit ses gradins à la disposition du Congrès. Le jeudi matin, M. le Professeur Roger, doyen, y ouvrit solennellement la ses-



sion, et les nombreux représentants des ministères et des sociétés savantes y prononcèrent d'éloquentes harangues. Puis retentirent rapides et impérieuses les nobles paroles du discours de notre président Anglade. Elles furent le jugement d'un maître sur nos connaissances actuelles en psychiatrie et en neurologie et le programme d'un chef pour l'orientation des chercheurs de ces deux sciences.

L'Hôtel de Ville, l'après-midi du même jour reçut solennellement les Congressistes et les médecins participant à la célébration du Centenaire de Charcot. Le président du conseil municipal, M. Maurice Quentin, qui trois ans plus tôt à Quimper nous avait invités lui-même à choisir Paris pour le siège de nos assises de 1925, nous souhaita la bienvenue en une aimable allocution. Puis, après un lunch exquis, on se répandit dans les riches salons de l'élégant palais, qui termine la série des domiciles successivement élevés en ce coin de la place de Grève, par la capitale pour ses échevins : parloir des franc-bourgeois du moyen âge, maison aux piliers du prévost des marchands Etienne Marcel, tribune de la ligue avec le duc de Guise, barricade de Condé pendant la Fronde, arsenal des destructeurs de la Bastille, phare de la Révolution sous Bailly, gibet de la Terreur à la chute de Robespierre, salle de fêtes sous l'empire, berceau de l'ultime monarchie royale et des deux dernières Républiques, bûcher de l'Insurrection sous la Commune, c'est là que fut hissé le drapeau tricolore, qui après avoir claqué aux vents de toutes les batailles du monde pour la liberté, déploie aujourd'hui ses plis pacifiques sur tous les hommes de concorde et d'équité.

La Bienvenue française offrit le lendemain, à la même heure, dans l'Hôtel de la Fondation de Rotschild, un régal de musique, que je ne connais hélas que d'ouï-dire, ayant dû regagner mon poste longtemps avant la fin de toutes les solennités.

Sainte-Anne, enclos de pierres et de feuillages, où se confère le baptême à tous les psychiatres de France et où viennent faire retraite, avant que d'entrer dans le monde, les plus favorisés d'entre eux, fut visité le samedi. La clinique du professeur Claude, toute pleine des souvenirs de Ball, de Joffroy, de Ballet, de Dupré, le service de l'Admission du docteur Colin, retentissant encore de la voix de Magnan, les services des docteurs Auguste Marie et Sérieux qu'illustrèrent les Bouchereau, les Dagonet, les Dubuisson, le pavillon de Chirurgie du professeur Mauclair que fonda Picqué, le service de prophylaxie mentale du docteur Toulouse, qui né d'hier n'a pas d'ancêtres, mais compte déjà, en revanche, une fabuleuse postérité, furent parcourus. Ancienne ferme construite par Ferrus, il y a près de cent ans, pour le travail des aliénés chroniques de Bicêtre et de la Salpêtrière, puis asile pour le traitement de toutes les formes de maladies mentales, quels seront son office et son nom quand un prochain Congrès y reviendra ?

L'établissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrays fut le but de l'excursion du dimanche. Chacun applaudit à la remise qui y fut faite à son directeur, M. Rayneau, de la médaille d'honneur de l'assistance publique. Après la visite de cet établissement modèle, sous la conduite de celui qui le conçut et le réalisa, et sous celle de sa charmante femme, Mme Rayneau, un déjeuner démontra que

la Beauce est non seulement le grenier de Paris, mais encore sa basse-cour, son verger, sa chasse-gardée, son vivier, son cellier et que Pantagruel fit école au pays que baptisa son père après que sa jument en eut abattu les arbres, d'un coup de queue en s'émouchant.

L'assemblée générale vit régner, contrairement à certains présages, une parfaite entente entre tous les membres du Congrès. Les plus grandes sérénités atmosphériques n'ont-elles pas pour avant-coureurs les pires orages ? et la noble simplicité des lignes de l'art décoratif d'aujourd'hui, ne sort-elle pas des extravagances du cubisme ?

De même, aux séances de l'Amicale du dimanche précédent, aucune critique ne fut formulée contre aucun des membres du comité de cette association. Chacun leur conserva à tous son entière confiance. Et des orateurs, pas un ne contesta le dévouement de son président M. Henri Colin et de son secrétaire M. Demay, ni ne nia que leur zèle pour nos intérêts soit d'autant plus efficace qu'ils l'exercent avec plus de courtoisie et plus de discrétion.

Cette entente durera toujours, si nous prenons pour modèle le grand ancêtre que l'on vient de célébrer. Cet homme que, trente ans après sa mort, toute la terre glorifie, nous apprend la modestie, si on le juge sur ses écrits et non sur la légende, et surtout si l'on ne confond pas la majesté naturelle de l'être supérieur avec le masque composé de l'arrogance. Pas une ligne de son œuvre ne contient la moindre apologie personnelle. Son souci de ne pas taire les auteurs qui étudièrent les abords les plus lointains du terrain qu'il a découvert est tel, qu'à lire toujours leurs noms, il sem-

ble que le mérite de ses propres découvertes revienne autant à eux qu'à lui.

Il nous donne l'exemple du respect des compétences, ce qui est le meilleur préventif des blessures de la susceptibilité. En matière de maladie mentale, il s'en réfère toujours à l'autorité des psychiatres, ses contemporains. Comme me le contait notre collègue Fillassier, gendre de Magnan, il aimait à se rendre le dimanche à la maison de santé de Suresnes et à y examiner longuement les malades, sous la direction du maître de Ste-Anne. En revanche, celui-ci ne se faisait pas faute d'aller parfaire dans la clinique de son illustre maître et ami à la Salpêtrière ses grandes connaissances neurologiques.

Il nous prouve que les rivalités professionnelles ou scientifiques les plus vives peuvent épargner l'amitié. Voici les paroles qu'il prononça sur la tombe de son cher et fidèle Vulpian : « Celui qui a le triste honneur de porter ici la parole ne peut sans une vive émotion se remettre en mémoire, comment, dans les nombreuses et ardentes compétitions, où ils se sont trouvés tous les deux, Vulpian, s'est toujours trouvé, l'émule loyal, généreux, chevaleresque... Je crois bien qu'il n'a rencontré que peu d'ennemis, et encore ces ennemis appartenaient-ils sans doute à cette classe d'hommes malheureux qui ne peuvent rencontrer la supériorité du cœur et de l'esprit sans en éprouver comme un sentiment d'irritation et de dépit. Mais ceux-là, « on les regarde et on passe », comme dit le grand poète des tristesses humaines. »

Enfin, il nous livre le secret d'échapper aux mesquineries des querelles de personnes, en cultivant le jardin des idées et de l'art. Dessinateur et

peintre, céramiste, amateur de musique et de belles-lettres, il était encore soucieux de se tenir au courant de tous les progrès dans toutes les branches de l'activité humaine.

Soyons comme lui. Ayons tous nos violons d'Ingres. Plus ou moins harmonieuse, leur mélodie aura toujours pour avantage de nous rendre sourds aux sifflements de l'envie et aux intimidations de la peur. Par elle, nous aurons le courage de juger nos contemporains, non sur leur situation matérielle ou honorifique, mais sur leur valeur morale et de dire tout haut ce que nous pensons.

La clôture de la session se fit d'une façon très brillante dans les salons du Palais d'Orsay, au spectacle lointain de la fête nautique de l'Exposition, après l'audition du divin quatuor Capet, trop voisine, hélas ! des armoires à vaisselle de l'hôtel.

Ainsi, en dépit des tempêtes, grâce à la main qui tient la barre du secrétariat permanent, le Congrès, autour des rivages du doux parler français, continue le périple de sa destinée. A chaque escale, il embarque un plus grand nombre de passagers, et sa mâture se pavoise de plus de couleurs d'étrangers. Aussi peut-il s'appliquer la devise du grand port qu'il vient d'accoster : « *Fluctuat nec mergitur.* »

**PARIS.** — A tous ces travaux et cérémonies, Paris donna pour cadre les somptuosités naturelles et artificielles de son radieux printemps : quais frissonnants, boulevards ombreux, bosquets retentissants de ramages, pelouses diaprées, femmes nimbées de fraîcheur, hommes rajeunis, vieillards

sans caducité, adolescents songeurs, enfants émerveillés, fenêtres baillant au soleil, chansons aux lèvres des vivants et dans l'éclat des choses, changement des modes, métamorphose de la configuration féminine, renouvellement des spectacles et des théâtres, expositions et salons artistiques de toutes espèces, foules cosmopolites déferlant dans les rues, stagnant aux terrasses de cafés, encombrant les restaurants, ébranlant les musées, usant la dalle des monuments et nivelant le sol de Montparnasse à Montmartre sous leur piétinement.

Le Théâtre par deux chefs-d'œuvre retint l'attention des médecins psychologues. *Le docteur Knock*, satire extrêmement spirituelle de la réaction des hommes devant la maladie et de leur pusillanimité devant son fantôme, a pour auteur notre confrère Romains-Farigoul, génie à deux têtes de la mystification qui, en inventant le sens paroptique, ridiculisa délibérément la seconde pour donner à la première la joie de rire de la crédulité des pontifes envers sa fabulation. — *Sainte Jeanne*, reconstitution très objective d'un conflit social et moral d'autrefois, en même temps que pénétrante étude de l'incompréhension réciproque des âmes et des pires effets qui peuvent résulter des meilleures intentions, a pour auteur un humoriste, le célèbre Bernard Shaw.

L'Exposition des arts décoratifs, par la modération de l'étendue qu'elle embrasse, par son respect du paysage où elle campe, l'emporte dès l'abord sur sa colossale aînée du début du siècle. La disgrâce et même la laideur de certaines constructions justifient la détraction de la foule routinière, dont le goût ankylosé dans l'admiration du convenu, n'a

plus la souplesse suffisante pour s'adapter à une esthétique nouvelle. Mais à qui sait considérer les choses en fonction de leur destination, apparaît aussitôt l'harmonie du décor ici proposé à la vie de hâte et de surmenage que le sort semble vouloir de plus en plus nous infliger. C'est le triomphe de la raison appliquée à l'embellissement de l'existence. Ce style de demain, Brunetières le dirait élégant, lui pour qui l'élégance n'est que la précision aisée. Mais Socrate lui trouverait de la beauté puisqu'il déclarait belle la cuillère dont la configuration s'adapte à son usage et à sa substance.

Ce qui est laid est ce qui fut édifié contre ce principe d'adaptation. Ce sont les galeries en clinquant vert-de-grisé du pont Alexandre, car un pont est un passage à ne jamais encombrer. Ce sont divers pavillons qu'il vaut mieux taire.

Ce qui est beau, c'est tout le reste : les lignes simples et les surfaces calmes ; l'accord de la forme et de la matière ; l'architecture où s'équilibrent la solidité de la masse et les vides de l'air et de la lumière ; les maisons où l'on s'abrite sans s'asphyxier ; les monuments à larges pans et sans recoin, attirant le regard des passants, sans écorner le champ visuel des automobilistes ; les intérieurs où l'on respire, où l'on voit clair et où l'on se repose ; les tables allongées avec au bout le poste d'observation de la maîtresse de maison, veillant sur le bien-être de ses hôtes ; les meubles sobres, mais commodes, les sièges bas, mais qui soutiennent et détendent le corps. L'usage du contre-bas pour l'installation d'un hall ou d'une chambre, pour l'enfouissement d'une baignoire est sans doute une anticipation du besoin de descendre qu'éprouveront au logis nos descendants afin de se

délaisser des ascensions quotidiennement imposées par la locomotion aérienne.

Partout l'heureux asservissement de l'eau. Murmurant dans la fontaine de la salle à manger, elle attire les lèvres vers sa fraîcheur. Jaillissant dans le surtout d'orfèvrerie, elle égaye le festin. Clapotant dans la vasque creusée au sol du boudoir, elle évoque les piscines de l'Orient. Elle se glace enfin, dirait-on, dans ces lames de cristal dépoli qui tamisent la clarté des lampes du salon.

Mais c'est la nuit, à l'air libre, que l'eau donne l'essor à ses vertigineuses transformations. Des caresses qu'elle échange avec le feu naissent les plus féériques et les plus voluptueuses figurations. Changeant de couleur sous ses étreintes, il l'incendie de brasiers multicolores. On voit sourdre des geysers ardents, crouler des avalanches d'émeraude, s'enfler des montagnes d'or, ruisseler des cataractes de perles, fondre des nappes de neige, surgir des lacs de sang. Puis, aux bords ténébreux de la rivière complice, c'est un emmêlement irisé de panaches ondoyants, de plumets fastueux, d'aigrettes tremblotantes, de houppes ébouriffées, d'éventails balancés, de fourrures chiffonnées, de chevelures défrisées. Et soudain, tout s'éteint, dans l'invisible susurrement de gouttes argentines, comme sous un étouffement de baisers.

Après, c'est le silence et la nuit. C'est la nuit. Mais une flamme qui jamais plus ne s'éteindra brûle encore à la croisée de l'Etoile, commémorant le sacrifice de ceux sans qui les choses ne seraient pas ce qu'elles sont. Elle y palpitiera toujours dans la lanterne que la France fit pour ses morts, de l'arc de triomphe impérial, car nous sommes tous ses Vestales !



La Foire Saint-Germain fait modeste figure auprès de son opulente rivale du bord de l'eau. Pourtant elle représente le passé de ce dont l'autre est l'avenir. Elle le représente non sans anachronismes avec le voisinage de la lourde façade xviii<sup>e</sup> siècle de l'église qui domine son moyenâgeux donjon et ses huches du temps des Valois. Mais vienne à sonner le bourdon de St-Sulpice, et toute critique est balayée au tourbillon des souvenirs d'antan.

Dans le cadre de ses ruelles, aux toitures pentueuses, trouées de méfiantes lucarnes et aux poternes enchaînant de fumeuses lanternes, c'est le pêle-mêle des anciens âges qui est évoqué: mignons et ribaudes, dames de qualité et soubrettes, mousquetaires ferrailleurs et chevaliers du guet, escholiars turbulents et clercs méditatifs, damoiselles et troubadours, galants portant leurs belles en croupe, moines quêteurs et brelandiers, taverniers et tire-laines ! Malgré le désaccord chronologique des deux styles, le contraste de la hauteur de la collégiale et de la petitesse des mesures de la foire réalise une des plus frappantes restitutions. Et l'on admire la foi des aïeux qui élevait les pierres des cathédrales à tant de profondeur dans les cieux.

Ces beaux tournois de science et d'art, auxquels tous les peuples participèrent, nous prouvent donc que Paris reste toujours le point vélique du navire de la civilisation qu'évoquait Victor Hugo dans sa phrase : « Paris est sur toute la terre le lieu où l'on entend le mieux frissonner l'immense voilure invisible du progrès. »

Cet honneur, il le doit à tous les enfants du pays. Car être d'une ville n'est pas y naître ou

l'habiter, mais c'est penser, sentir, vouloir à l'unisson de ceux par qui la mode y est donnée. Etre parisien n'est pas loger derrière des murs qui, d'ailleurs, tombent chaque jour. Etre parisien, c'est avoir de la clarté dans l'esprit, de la finesse dans le sentiment, de la mesure dans l'ambition, de la liberté dans la pensée, de la gaieté dans le travail, de l'aisance dans l'action, de la vivacité dans la répartie, de la courtoisie dans les relations et sous des airs sceptiques de l'enthousiasme dans le cœur.

Toutes ces qualités furent celles des hommes qui illustrèrent Paris où la plupart arrivèrent de toutes les provinces. Elles peuvent germer aussi hors des frontières, mais pour s'épanouir amènent aux rives de la Seine toute l'élite du genre humain.

Le Soldat inconnu n'avait peut-être jamais vu cette capitale qui voulut devenir sa tombe, n'ayant pu être son berceau. C'est pourtant par lui qu'elle persévère. C'est par les vivants et les morts de la France entière que Paris existe et demeure le carrefour des intelligences et des cœurs. Paris est le foyer des lentilles par où l'humanité observe l'horizon mystérieux de l'avenir !

Paul COURBON.

---

# LA FORME HÉBOÏDOPHRÉNIQUE DE LA DÉMENCE PRÉCOCE

Par M. G. HALBERSTADT

Médecin des Asiles

---

La forme héboïdophrénique de la démence précoce a été isolée par Kahlbaum, en 1885 (1). Il en précisa, dès cette époque, en quelques lignes, les traits principaux : début à la puberté ; troubles du sens moral dominant le tableau clinique ; meilleur pronostic que celui de l'hébéphrénie proprement dite ; fréquence des tares héréditaires surtout de l'alcoolisme des parents. En 1890, il revenait sur le même sujet, dans un article détaillé (2), et montrait d'une part l'étroite parenté de cette forme avec la démence précoce telle qu'on la connaissait alors (d'après l'article de Hecker fait sous l'inspiration de l'enseignement de Kahlbaum lui-même), et d'autre part, sa relative bénignité. On observerait des périodes peu accusées de dépression et d'expansivité. Ces sujets commettent souvent des délits, notamment celui de vol.

Cette forme a été, en général, peu admise par les auteurs et confondue, peut-être, parfois avec la forme simple, telle que nous la connaissons depuis l'article de Diem et la thèse de Monod. Nous avons parlé de cette forme, en 1924, spécialement au point de vue médico-légal (3). Parmi les rares aliénistes qui se sont

---

(1) KAHLBAUM. — Ueber eine klin. Form d. moralischen Irreseins. *Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie*, vol. 41, 1885, p. 711.

(2) KAHLBAUM. — Ueber Heboidophrenie. *Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie*, vol. 46, 1890, p. 461.

(3) HALBERSTADT. — Etude médico-légale de la d. p. à forme simple. *Encéphale*, 1924, n° 2.

occupés de l'héboïdophrénie, citons : Wernicke (1), Hess (2), Mlle Pascal (3), Bleuler (4), Rinderknecht (5), Meggendorfer (6).

Wernicke appelait cette forme « folie morale acquise » et la considérait, à la suite de Kahlbaum, comme nettement individualisée et distincte, mais relativement rare. Hess en parla, en 1906, au Congrès allemand de psychiatrie, mais fut contredit par ses collègues. Il insista surtout sur les conséquences en quelque sorte sociales de cette maladie. Les héboïdophrènes ne deviennent pas des déments véritables, mais en revanche commettent fréquemment des actes antisociaux, subissent une sorte de déchéance sociale et morale, deviennent des alcooliques chroniques. Dans sa monographie de 1911, Mlle Pascal qualifie cette forme de « variété médico-légale » et dit : « dans ce groupe, entrent beaucoup de cas d'affaiblissement mental de tous les degrés et de toutes les nuances, mais le *déficit moral* l'emporte sur le déficit intellectuel ». La même année, paraît le livre sur la démence précoce de Bleuler. Cet auteur, se basant surtout sur le fait qu'il existe dans cette forme un certain trouble morbide des processus intellectuels, ne semble pas vouloir reconnaître la place relativement autonome dans le grand cadre de la démence précoce qui était accordée par Kahlbaum à l'héboïdophrénie. Mais, en 1920, un élève de Bleuler, Rinderknecht publia le travail sans doute le meilleur sur la question. Sous le titre : « les héboïdes criminels », sont étudiés les sujets à fortes tendances antisociales, ressemblant par leur psychologie générale aux Schizophrènes, n'aboutissant jamais à une démence très mar-

---

(1) WERNICKE — *Psychiatrie*, 2<sup>e</sup> édit., 1906, p. 308.

(2) HESS. — Ueber Heboïdophrenie. *Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie*, 1906, vol. 63, p. 594.

(3) PASCAL. — *La démence précoce*, 1911, p. 252.

(4) BLEULER. — Dementia præcox. *Traité de Aschaffenburg*, 1911, p. 194.

(5) RINDERKNECHT. — Ueber Kriminelle Heboïde. *Zeitschrift f. d. g. Neurologie Orig.*, vol. 57, 1920, p. 35.

(6) MEGGENDORFER. — Moral insanity. *Idem. Ref.*, vol. 24, 1921, p. 173.

quée. A noter l'importance pour la première fois mise en lumière des périodes d'excitation comme on en rencontre couramment dans la catatonie ou l'hébéphrénie vulgaires. Signalons, enfin, la communication de Meggendorfer, dans laquelle sont soulevés surtout les problèmes d'hérédité. L'auteur estime que ces faits relèvent de la schizophrénie et croit même que leur pronostic est plus grave que ne le pensait Kahlbaum, mais il pense qu'il n'y a pas lieu de considérer les héboïdes comme nécessairement irresponsables en raison justement de l'atteinte relativement peu importante de l'intelligence. Il propose de désigner ces cas du nom de parathymie, par opposition à la paraphrénie. Il semblerait donc, si nous comprenons bien sa pensée, que de même qu'on a détaché de la schizophrénie le groupe des paraphrénies (tout en n'oubliant par leur parenté), on soit en droit d'en détacher — jusqu'à un certain point — la parathymie. Kraepelin, du reste, n'adopte pas ce dernier terme (1).

Nous croyons avoir observé un cas typique de cette affection.

Mlle P., âgée de quinze ans. — Le père serait normal. La mère est un peu bizarre, « excentrique ». A une sœur, bien portante. Pas d'aliénés dans la famille. — Enfant, a toujours été paresseuse. On la dépeint ainsi : « caractère renfermé, très ombrageuse et entêtée, d'une intelligence plutôt lente ». Apprenait mal à l'école. Vers treize ans, elle est placée dans un ouvroir pour apprendre la lingerie, mais ici encore fait peu de progrès, « la pensée ailleurs ». Les religieuses la caractérisent par ces mots : « caractère toujours dur et renfermé ». Evitait de s'amuser aux récréations comme ses compagnes. Depuis quelque temps, elle était particulièrement « sombre », s'isolait, parlait peu, se plaignait de céphalée, lorsque brusquement, le 1<sup>er</sup> juin 1923, à la suite, dit la mère, du départ de l'ouvroir d'une fillette qui était sa meilleure amie, Mlle P. a un accès net d'excitation. Elle devient agitée, manifeste un délire à base d'idées mystiques et de culpabilité. Elle se met à genoux et demande pardon à tout le monde. Les gendarmes sont à côté. On va la tuer.

---

(1) KRAEPELIN. — Discussion relative à la communication de Meggendorfer.

Prie qu'on fasse venir un prêtre. Cet état continue pendant quelques jours. Elle voyait le diable et aussi un mort dans son lit. Transférée à l'hôpital, elle continue à y être agitée, surtout le soir, mais avec des périodes de stupeur. Le certificat médical mentionne l'existence d' « idées de culpabilité et d'indignité » et d' « accès d'agitation ». Il y avait aussi de la sitióphobie.

La malade nous est amenée le 13 juin 1923. Le tableau clinique est celui de la stupeur confusionnelle la mieux caractérisée. Elle reste au lit, inerte, ne mangeant que très difficilement, n'urinant pas, l'air désemparé. Ne parle presque pas spontanément. A force d'insistance, on obtient quelques réponses aux questions usuelles. Dit ses nom et prénom, son âge. Ne sait pas depuis quand elle est à l'asile. Ne sait pas où elle habite. Aucun récit circonstancié n'est possible. Les réponses sont lentes, hésitantes, courtes, le plus souvent inexactes. Sait pourtant qu'elle est dans un établissement hospitalier. Connaît le mois et l'année. On ne note ni délire ni hallucinations. Au point de vue physique, rien de particulier, sauf l'exagération des réflexes rotuliens. Très bien constituée pour son âge. Pas de stigmates dégénératifs.

Les jours suivants, ce fut un état de « demi-stupeur ». La malade était docile, ne parlant presque pas, ne pouvait faire seule sa toilette. On est obligé de lui donner à manger et de la conduire aux cabinets. Le 11 juillet, on note pour la première fois un peu d'amélioration, la physionomie est plus éveillée, répond quelques mots aux questions, mais toujours à voix très basse. S'alimente seule. Le lendemain, commence à travailler à l'aiguille. Le 19 on note : « Amélioration continue. S'occupe un peu. Mais encore lente, parle à voix très basse. Demi-stupeur. Mydriase. Ne répond pas quand on lui demande ce qui lui est arrivé. »

6 septembre 1923. — Il y a une amélioration progressive. Elle parle facilement, s'explique bien, n'est plus confuse. Est changeante d'humeur, pleure et rit facilement. Peu docile. N'aime pas qu'on lui fasse des observations.

12 janvier 1924. — Toute trace des phénomènes du début a disparu. La malade présente en revanche des troubles nets du caractère, qui se révèle comme particulièrement difficile. Est indocile, se dispute avec tout le monde, vole différents objets aux autres malades, est mythomane, très vive, impulsive, gloutonne. L'orientation est parfaite. — Le souvenir de la crise confusionnelle est conservé en partie. Elle dit : « Je me rappelle que je chantais des cantiques. J'ai perdu connaissance, je n'ai plus reconnu mes parents. Je croyais que j'allais mourir, je demandais pardon à tout le

monde. » Pour la première fois, nous posons un diagnostic à peu près précis : « Folie morale. Démence précoce ou dégénérescence mentale ? ou association ? »

En avril 1924, Mlle P. devint sombre, « chagrine », particulièrement difficile, ne pouvant plus s'occuper. Au bout de dix à quinze jours, éclata brusquement un accès de violente excitation : elle danse, chante, se roule sur le gazon, se déchausse et se déshabille. Ce fut un accès d'agitation d'une grande violence. Elle était impulsive, hostile à tout le monde, déchirant tout ce qui lui tombait sous la main. Résistait à tout. Frappait. Parlait sans arrêt, tenant des propos sans suite, absolument incohérents. Criait. Chantait. La confusion était profonde et durable. On ne pouvait obtenir de réponse à aucune question. Le 28 avril, on signale notamment, dans son observation, qu'elle tourne le dos à tout le monde et que son langage présente tous les caractères de la verbigération (mais sans ton déclamatoire). Il n'y avait pas de ressemblance avec l'agitation maniaque. On eut recours à l'alitement et à la balnéation prolongée, mais sans grand succès.

L'accès dura jusque vers la fin de mai, puis survint une légère phase dépressive : parlait peu, recherchait l'isolement, était relativement docile. Il n'y eut cependant pas de phase stuporeuse nette. Pendant cette période dépressive on note expressément dans son observation qu'elle restait « autiste » et « négativiste ».

En septembre 1924, la malade est notée comme ayant repris son travail, mais restant toujours peu docile, protestant contre son internement, ne reconnaissant pas avoir été malade.

31 octobre 1924. — Excitée depuis deux jours. Agressive. Se moque du personnel. Crie. Travaille à peine. On a été obligé de lui donner hier un bain prolongé. Ni délire, ni confusion, ni hallucinations. Se déplace peu. Reste assise, mais parfois se met à danser. Enervée. Pas de grande excitation motrice. Brusque. « Cette hostilité, cette mauvaise humeur et ce peu de tendance à l'excitation motrice sont contre la folie maniaco-dépressive. »

22 novembre 1924. — Continue à être turbulente et agressive. Hostile, désagréable, peu docile, grossière. Bien orientée. Pas d'agitation, mais reste énervée, vive, malveillante, espiègle, méchante. Lucide en apparence. Demande la sortie : « vivement la fuite ». Instable. Mais travaille un peu. Pas de fuite d'idées. Souvent chante et plaisante. Veut se marier. Propre. Tenue correcte. Très bonne santé physique. Bien réglée. — Pour la première fois est posé aujourd'hui le diagnostic : « héboïdophrénie ».

Depuis novembre 1924 et jusqu'en avril 1925, Mlle P. est restée subexcitée. Elle s'occupe un peu, mais ne peut rester longtemps en place. Travaille sans initiative. Est parfois impulsive et reste toujours grossière et hostile. Ne manifeste ni délire, ni confusion, ni troubles sensoriels quelconques. Au point de vue intellectuel, on constate une diminution psychique peu marquée mais réelle. Elle collectionne toutes sortes d'objets inutiles, qu'elle vole parfois à ses compagnes. Tout en affectant la coquetterie allant parfois jusqu'à une ébauche de maniérisme, elle est négligée dans sa tenue, pas très propre, prenant peu de soin de ses vêtements. Réclame sa sortie avec insistance, mais le fait d'un ton et dans des termes toujours les mêmes, quasi-stéréotypés, et reste malgré le refus expansive, plaisantant constamment, se moquant de tout le monde, se préoccupant au fond très peu de son avenir.

Il nous paraît utile maintenant de mettre en lumière quelques points particuliers relatifs à cette forme clinique.

Le début se fait à l'âge de la puberté. Le sexe masculin serait plus fréquemment atteint. Il s'agit, au point de vue symptomatologique, du syndrome clinique de la « folie morale ». Ces malades sont essentiellement indisciplinés, ingouvernables, impulsifs, créant des difficultés au personnel, arrogants et agressifs, mythomanes et pervers. Rinderknecht dit qu'ils sont, de plus négativistes et autistes, et insiste sur le fait que leurs actes n'ont en général pas pour mobile leur propre intérêt. Ils pensent peu à la réalité, ne s'occupent pas de leur avenir, ne manifestent pas l'égoïsme féroce et intéressé du vrai dégénéré. Signalons qu'on rencontre parfois chez eux de la fabulation morbide et que certains font des récits incohérents et fantasques. Une de nos malades, Mlle D., fille de parents déséquilibrés et ayant une sœur démente précoce, nous parlait de l'arrivée récente, dans une ville d'eaux du Nord, d'un groupe d'Allemands. Elle ajoutait : « Ils étaient verts. Ils avaient des chevaux fougueux. Ils m'ont tiré dans la bouche une balle de revolver. » Un point important, est l'existence chez eux d'accès aigus et subaigus, tantôt de dépression, tantôt d'agitation



catatonique, cette agitation pouvant être d'une extrême violence, comme c'était le cas chez Mlle P... Prenons, par exemple, les neuf observations rapportées par Rinderknecht : II, Accès de stupeur, puis excitation et hallucinations ; III, épisodes aigus ; IV, épisode hallucinatoire ; V, accès léger d'excitation ; V *bis* (frère du précédent), périodes dépressives ; VI, accès d'agitation très violente, a eu aussi de la confusion et de la dépression ; VIII, grave période de dépression.

Il nous paraît intéressant d'examiner les rapports de l'héboïdophrénie avec les perversions instinctives en général et plus particulièrement avec la dégénérescence mentale. Ceci nous permettra de mieux comprendre la situation nosologique de cette affection. Il importe, tout d'abord, de rappeler que la démence précoce peut débiter par une phase prémonitoire ressemblant à la folie morale. Le regretté Libert en a parlé au Congrès belge de 1912 et a rapporté cinq observations recueillies dans le service de Sérieux (1). Il a montré que des faits de ce genre étaient connus depuis longtemps. Au point de vue du diagnostic il disait : « le diagnostic peut être facile si l'on note un changement brusque dans la conduite et le caractère ; mais il est des cas difficiles, c'est le cas où la démence précoce apparaît chez un fou moral ». Par contre, on a publié récemment des observations de démence précoce, non pas débutant, mais se terminant, au contraire, par le syndrome folie morale, qui se trouve être ainsi une sorte de syndrome résiduel (2). Ces questions des rapports de la démence précoce avec la dégénérescence mentale sont très complexes et encore mal connues. Il semble que de même qu'une hébéphrénie se développant chez un débile donne lieu au tableau clinique de la démence précoce « greffée » (3),

---

(1) LIBERT. — Perversions instinctives au début de la d. p. *Encéphale*, 1912, 2<sup>e</sup> semestre, p. 309.

(2) BRESOWSKI. — Ungewöhnliche hebeph. Endzustände. *Monatschrift f. Psychiatrie*, vol. 57, 1924, p. 1.

(3) GELMA. — La démence précoce. *Revue médicale de l'Est*, 1922, n° 13.

de même, aussi, l'hébéphrénie frappant un dégénéré proprement dit peut en faire un héboïdophrénique. Il ne s'agit d'ailleurs là que d'une hypothèse. Raecke a rapproché récemment certains troubles du sens moral observés chez les déments précoces avec ce qu'on a décrit dans l'encéphalite épidémique (1). Il estime que le domaine des psychopathies constitutionnelles va devenir de plus en plus petit en raison précisément de la fréquence des processus pathologiques démentiels qu'on sait maintenant reconnaître. Ainsi que l'a fait remarquer Gruhle, Kraepelin avait déjà dit, depuis longtemps, que les troubles du caractère paraissant, à première vue, préexister à la démence précoce ne sont autre chose que les premiers signes avant-coureurs de la psychose dont on sait la lenteur du début (2). Quoi qu'il en soit, ce qui importe surtout à nos yeux ce ne sont pas ces discussions d'ordre théorique, mais le fait clinique seul : il existe une modalité spéciale de l'hébéphrénie se distinguant des autres formes, tant par la symptomatologie que par le mode de terminaison, l'affaiblissement intellectuel terminal n'étant jamais aussi profond que dans l'hébéphrénie classique. La déchéance intellectuelle reste souvent incomplète, et les sujets ne sont pas toujours internés. Ils deviennent fréquemment des alcooliques, des vagabonds ou des prostituées.

Cette individualisation de l'héboïdophrénie pourrait être mise en doute, mais nous pensons que les pages qui précèdent apportent assez d'arguments pour la justifier. On doit la distinguer également de la forme simple qui lui ressemble à première vue, mais qui s'en différencie par l'absence des perversions instinctives. Retenons aussi que jamais on n'observe dans la forme simple ces périodes aiguës qui sont si fréquentes, on l'a vu plus haut, dans la forme héboïdophré-

---

(1) RAECKE. — Psychopathien u. Defektprozesse. *Archiv f. Psychiatrie* vol. 68, 1923, p. 303.

(2) GRUHLE. — Die ursprüngliche Persönlichkeit schizophren Erkrankter. Congrès de Iéna, 1923. Anal. in *Zentralblatt.*, vol. 35, 1924, p. 258.

que. La fréquence de ces périodes comme aussi l'état parfois prolongé de subexcitation pourrait faire penser à la folie maniaco-dépressive. Mais ce diagnostic sera facilement écarté en raison de l'absence d'intervalles absolument normaux et des caractères des phases d'excitation ou de dépression. On se rappellera également que dans la folie intermittente on n'observe jamais de perversions instinctives dominant le tableau morbide, elles n'apparaissent tout au plus que d'une manière épisodique.

La forme que nous étudions est surtout intéressante à connaître en raison des applications médico-légales qu'elle suscite. En 1907, Antheaume et Mignot, attirèrent l'attention sur la fréquence des crimes et délits commis par les déments précoces (1). Joffroy en parla, la même année, au Congrès de Genève-Lausanne (2). Depuis, cette notion est devenue courante. Or, les héboïdophréniques commettent très fréquemment des infractions au code pénal. Leur caractère, leur humeur batailleuse, leur insociabilité, — souvent aussi l'alcoolisme auquel ils aiment à s'adonner — en sont les causes. Tous les auteurs qui se sont occupés de la question en parlent. On les prend parfois pour des simulateurs, parfois pour de vulgaires dégénérés. Or, il n'est pas indifférent qu'un sujet soit pris pour un dégénéré ou pour un dément précoce, et on voit, par là, que la place de ces malades en nosologie est plus qu'une question théorique. (Ici, comme ailleurs, se confirme cette règle générale que la classification des psychoses est, peut-être, la partie la plus importante de leur étude...) Déjà Libert disait : « les déments précoces ont droit à l'Asile ; les anormaux constitutionnels relèvent de l'Asile de sûreté et chez eux certaines formes de châtement peuvent être efficaces ». Nous pensons, en effet que si tout dément pré-

---

(1) ANTHEAUME et MIGNOT. — La période médico-légale prodromique de la d. p. *Encéphale*, 1907, février, p. 126.

(2) JOFFROY. — Discussion relative au rapport de Ballet. *Encéphale*, août 1907, p. 182.

cocce est irresponsable en totalité, le dégénéré pervers, au contraire, peut être déclaré responsable, en totalité ou en partie. Certains cas sont extrêmement complexes, tel celui d'un garçon de quinze ans, poursuivi pour vol et outrage public à la pudeur, dont on nous confia l'expertise mentale. Il s'agissait d'un garçon paraissant à la fois pervers et affaibli, qui fut pris à la prison d'un accès d'agitation d'une violence extrême. Il présenta ensuite du puérilisme avec notamment agrammatisme et tous les caractères de la sur-simulation. Nous n'avons pas suivi le malade assez longtemps pour avoir un diagnostic certain. Mais nous provoquâmes malgré cela un non-lieu et l'internement dans un asile. Nous estimons, en effet, qu'en cas de doute il faut opter pour la solution la plus médicale. L'incertitude qui règne dans ce domaine des troubles du caractère est encore très grande, et nous avons l'impression que d'authentiques schizophrénies revêtent parfois le masque de la dégénérescence, comme aussi d'autre part, il est vrai, sont pris pour des déments précoces des déséquilibrés n'aboutissant jamais à un affaiblissement intellectuel même léger. Ici, comme ailleurs, c'est l'évolution qui tranche le débat. Il faut savoir patienter avant d'arriver à une conclusion inattaquable.

---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 25 MAI 1925

Présidence : M. ROUBINOVITCH, Président

M. le Professeur Aug. Ley (de Bruxelles), membre associé étranger, Mme le D<sup>r</sup> Minkowska et MM. X. Abély, Allamagny, Anglade, Baruk, Borel, Collet, Courbon, Cullerre, Ducosté, Eissen, Pierre Kahn, Minkowski, Molin de Teyssieu, Louis Parant, Gilbert Robin, Targowla, Vernet, membres correspondants nationaux, assistent à la séance.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance d'avril 1925.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. le D<sup>r</sup> Paul Boncour qui remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant ;

Une lettre de M. le D<sup>r</sup> Gilbert Robin qui remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant ;

Une lettre de M. le D<sup>r</sup> René Charpentier, dont M. Henri Colin, secrétaire général, donne lecture :

*Le 4 mai 1925,*

MON CHER SECRÉTAIRE GÉNÉRAL,

J'ai le regret de vous confirmer mon intention de renoncer à la fonction de secrétaire des séances de la Société Médico-psychologique.

Les circonstances ne me permettent pas d'en assurer, comme par le passé, l'exercice, par une présence régulière à toutes les séances de la Société.

Au moment de quitter ce poste auquel la confiance de nos collègues m'a fait l'honneur de m'appeler au mois de janvier 1918, et de me maintenir pendant sept

ans et demi, je vous prie de bien vouloir les en remercier. Je suis très sensible à la confiance qu'ils ont bien voulu ainsi me témoigner.

Je tiens à vous dire tout particulièrement, mon cher Secrétaire Général, combien j'ai été heureux d'apporter à votre œuvre une modeste collaboration, et à vous remercier de l'affectueuse bienveillance qui m'a rendu cette tâche agréable.

Veuillez accepter, je vous prie, l'expression de mon affectueuse reconnaissance et de mes sentiments très respectueusement dévoués.

René CHARPENTIER.

M. Henri COLIN, *Secrétaire général*. — Je suis certain d'être l'interprète de la Société tout entière en exprimant à M. Charpentier le regret que nous éprouvons à le voir abandonner les fonctions qu'il a, depuis plus de sept ans, remplies avec tant de distinction et de dévouement. Personnellement, je perds en lui un collaborateur des plus précieux, et si je comprends fort bien son désir d'être dégagé d'une assez lourde tâche, je ne veux pas le laisser partir sans lui adresser, avec tous mes remerciements, l'assurance de ma bien vive affection.

M. ROUBINOVITCH, président, s'associe à M. le Secrétaire Général pour adresser à M. Charpentier les remerciements et les regrets de la Société.

La correspondance manuscrite comprend encore une lettre de Mme Berryer, née Legrand du Saulle, demandant que la Société Médico-Psychologique reprenne le vœu qu'elle avait exprimé de faire prononcer l'éloge de son président de 1880-81; vœu dont la famille, tout entière à sa douleur avait demandé l'ajournement.

M. H. COLIN, *Secrétaire général*. — La Société Médico-Psychologique a été déjà consultée, à ce sujet, à la suite d'une première lettre de Mme Berryer. Il a été décidé que l'on reprendrait la suite des éloges qu'il était d'usage de prononcer aux séances solennelles. Aujourd'hui même vous allez entendre celui de Dela-

siauve. Chaque année, nous suivrons cette pieuse coutume et nous n'aurons garde d'oublier la mémoire de Legrand du Saulle. (Adopté).

### *Rapport de candidature*

Candidature de Mme Minkowska au titre de membre correspondant de la Société Médico-Psychologique. Commission composée de MM. Pactet, René Charpentier et J. Rogues de Fursac, rapporteur.

M. ROGUES DE FURSAC. — Mme Minkowska a fait ses études médicales à la Faculté de Médecine de Zürich où elle a obtenu le diplôme de docteur. Elle a ensuite obtenu le diplôme de docteur de l'état russe à la Faculté de Médecine de Kazan. Puis elle a été successivement assistante dans deux Maisons de Santé pour maladies mentales et nerveuses en Suisse et en Pologne et assistante volontaire à la Clinique psychiatrique de Zürich (Professeur Bleuler). En 1924, elle a rempli les fonctions d'externe dans le service de Prophylaxie mentale de Sainte-Anne (D<sup>r</sup> Toulouse).

Mme Minkowska a à son actif d'importants travaux de médecine générale, de psychiatrie et de biologie psychiatrique.

#### Travaux :

1. Les tracés du pouls dans les cas de rétrécissement aortique. Thèse de Zürich, 1908.

2. Famille B. et famille F. Contribution à l'étude de l'hérédité des maladies mentales (avec M. E. Minkowski). *Annales Méd.-Psych.*, juillet-août 1920.

3. Recherches généalogiques sur l'hérédité des maladies mentales et les problèmes soulevés par ces recherches (avec M. E. Minkowski), en polonais (*Neurologia polska*), vol. VI.

4. Les problèmes caractérologiques et plus particulièrement celui de l'épileptoïdie (*Zeitsch. f. die ges. Neur. u. Psych.*). Volume dédié à Bleuler, 1923.

5. Recherches généalogiques et problèmes touchant aux caractères (en particulier à celui de l'épileptoïdie). *Ann. Méd.-Psych.* juillet 1923.

6. Les problèmes de l'hérédité des maladies mentales (avec M. E. Minkowski). *Archives Suisses de Neur. et de Psychiatrie*, Zurich, 1923.

7. Troubles du dynamisme mental et phénomènes obsédants (avec M. E. Minkowski). *Ann. Méd.-Psych.*, mai 1924.

8. Le facteur héréditaire dans l'épilepsie. *La Médecine*, février 1925.

9. Les troubles essentiels de la schizophrénie dans leurs rapports avec les données de la psychologie et de la biologie psychologique (doit paraître prochainement dans *l'Evolution Psychiatrique*, chez Payot).

Notre attention a été particulièrement retenue par les études de Mme Minkowska sur l'hérédité, dont une partie a été exposée dans deux articles des *Annales Médico-Psychologiques*.

Sous la direction du P<sup>r</sup> Bleuler, Mme Minkowska a étudié deux familles de paysans suisses où se rencontraient des psychopathes et qu'elle a pu suivre pendant 6 générations.

Les résultats obtenus ont un intérêt à la fois biologique, nosologique, caractérologique et social.

On peut les résumer dans les conclusions suivantes :

Diminution du nombre des maladies mentales à mesure qu'on s'éloigne des ancêtres malades ; la présence d'un facteur de régénérescence, dû à l'apport de sang étranger, est ainsi démontré ; les noyaux de maladies existent là seulement où il y a une hérédité convergente ; l'influence du milieu et des conditions extérieures semble minime.

L'hérédité similaire est fréquente. La similarité se manifeste à la fois dans la forme clinique des psychoses et dans les constitutions psychiques.

A côté de la syntonie et la schizoïdie de Bleuler et de Kretchner, il faut faire une place à l'épileptoïdie (constitution particulière observée dans la famille de l'épileptique), dont la caractéristique est une affectivité spéciale que Mme Minkowska désigne sous le nom de « visqueuse » et qui correspond probablement, pense-t-elle, à une constitution biologique particulière.



Là où il s'agit d'hérédité convergente dissemblable apparaissent des psychoses associées, résultat d'une union de deux facteurs héréditaires différents.

Le facteur héréditaire joue un rôle important dans la genèse de l'épilepsie: il se manifeste non pas seulement par les cas d'épilepsie franche, mais aussi par la présence de la constitution épileptoïde, la mortalité infantile et la stérilité.

Nous mentionnons encore deux intéressantes études de Mme Minkowska sur la schizophrénie, où les troubles schizophréniques sont considérés comme résultant d'une défaillance de l'instinct et de l'activité pragmatique avec exaltation stérile des processus intellectuels et hyperlogisme. Mme Minkowska fait à cette occasion un ingénieux rapprochement entre les données de la psychopathologie et celles de la philosophie bergsonienne.

Les titres et les importants travaux de Mme Minkowska ont paru à votre commission largement suffisants pour lui mériter le titre de membre correspondant de la Société Médico-Psychologique qu'elle sollicite.

Nous vous proposons donc de nommer Mme Minkowska membre correspondant de la Société Médico-Psychologique.

Après lecture de ce rapport, Mme le D<sup>r</sup> Minkowska est élue membre correspondant de la Société par 19 voix.

#### PRIX DE LA SOCIÉTÉ

*Prix Belhomme.* — Le rapport de la Commission et l'attribution du prix auront lieu à la prochaine séance.

#### RAPPORT POUR L'ATTRIBUTION DU PRIX ESQUIROL

M. BUSSARD. — Vous avez chargé une commission composée de MM. René Charpentier, Marchand et Bussard, rapporteur, d'examiner les travaux présentés en vue du prix Esquirol, prix attribué au meilleur

mémoire manuscrit traitant un sujet de pathologie mentale.

Un seul travail a été soumis à la commission. Il est intitulé « Contribution à l'étude du diagnostic de la paralysie générale sénile » et a pour auteur le D<sup>r</sup> Paul Carrette.

Le sujet est délicat. La paralysie générale est volontiers simulée, chez le vieillard, par d'autres états démentiels. Même lorsqu'elle existe, elle est souvent voilée par des troubles liés aux lésions organiques qui sont l'apanage de la sénilité. Aussi, le diagnostic est-il bien souvent difficile, sinon à peu près impossible, ne se confirmant que lors de l'étude anatomique des centres nerveux. C'est, en somme, la conclusion à laquelle aboutit le D<sup>r</sup> Carrette.

Pour chercher à élucider le problème, il étudie méthodiquement les diverses données que peuvent fournir la clinique et le laboratoire.

Les troubles psychiques éclairent peu le diagnostic. Ils se présentent rarement sous l'allure habituelle de la paralysie générale, soit sous sa forme expansive et euphorique, soit sous sa forme hypocondriaque, revêtant plus volontiers l'habitus d'une déchéance mentale qui prête à confusion avec la démence sénile.

Les signes physiques sont également peu concluants. Les troubles des réflexes pupillaires ne sont pas rares dans la démence sénile. L'inégalité peut être conditionnée par des maladies oculaires; le signe d'Argyll accompagne une syphilis du névraxe qui n'est pas forcément de la paralysie générale. La dysarthrie est moins nette chez le vieillard que chez l'adulte. Des symptômes inhabituels chez l'adulte, dus à des lésions en foyer, sont une nouvelle cause d'erreur.

Les divers examens de laboratoire donnent évidemment des résultats probants quant à l'existence d'une syphilis nerveuse. Mais « un ancien syphilitique, dit le D<sup>r</sup> Carrette, peut très bien être atteint de démence sénile avec troubles pupillaires, embarras de la parole et signes humoraux au grand complet, sans être pour cela paralytique général ». En ce cas, l'irréductibilité

de la formule humorale au cours d'examens répétés, surtout après traitement spécifique actif, décèle seule la paralysie générale. Mais ce traitement ne pourra pas toujours être institué en raison de la susceptibilité du sénile aux médications mercurielles et arsénicales.

Il résulte de tout cela que le diagnostic reste le plus souvent en suspens. Heureusement, dirons-nous, il importe davantage au médecin, que hante un souci de précision scientifique, qu'au malade pour lequel il ne saurait être trop souvent le point de départ d'un traitement actif.

Le travail du D<sup>r</sup> Carrette est consciencieux, bien composé, appuyé d'observations judicieusement choisies. Il dénote chez son auteur l'existence de connaissances médicales certaines et d'un très réel sens clinique. Votre Commission est donc, à l'unanimité, d'avis de lui décerner le prix Esquirol.

La Société, adoptant les propositions de la Commission, décerne, à l'unanimité des membres présents, le prix Esquirol pour 1925 à M. le D<sup>r</sup> Carrette, médecin des asiles publics d'aliénés, pour son travail intitulé : « Contribution à l'étude du diagnostic de la paralysie générale sénile. »

#### PRIX MOREAU DE TOURS

M. RODIET. — Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. Dupain, Toulouse et Rodiet, rapporteur, pour examiner les titres des candidats au prix Moreau de Tours.

Trois ouvrages sont proposés à ce concours, trois thèses inaugurales : 1° *Contribution à l'étude du métabolisme basal dans les maladies mentales...* par le D<sup>r</sup> Jean Lauzier ; 2° *Le syndrome hébéphrénocatatonique* dans l'encéphalite épidémique, par le D<sup>r</sup> Gabriel Padéano. 3° *La Constitution paranoïaque*, par le D<sup>r</sup> Marcel Montassut.

Contribution à l'étude du métabolisme basal dans les maladies mentales, D<sup>r</sup> Jean Lauzier, Interne des hôpitaux de Paris, préparateur à la Faculté. L'auteur

définit le métabolisme basal, l'énergie exprimée en grandes calories, dépensée par heure et mètre carré de surface du corps, lorsque le sujet est au repos complet, à jeun depuis 12 à 14 heures dans une atmosphère moyenne de  $+ 16^{\circ}$ , suffisamment vêtu pour être en équilibre thermique avec le monde extérieur. Dire d'un sujet que son métabolisme basal est de 40, par exemple, c'est dire que ce sujet émet 40 calories par heure et par mètre carré de surface dans les conditions d'expérience énoncées ci-dessus. Le métabolisme basal se modifie sous l'influence de certains états pathologiques et de certaines thérapeutiques et voilà en quoi la notion du métabolisme basal est intéressante au point de vue médical. Après avoir étudié les variations physiologiques et pathologiques du métabolisme basal et défini sa mesure par la méthode des échanges respiratoires et la technique du procédé employé pour les recherches d'après les calculs ainsi que les résultats de 81 épreuves sur plus de 50 malades, maniaques, mélancoliques, paranoïaques, déments précoces et arriérés mentaux et P. G. l'auteur conclut ainsi : Parmi les maladies mentales, il en est quelques-unes où le taux du métabolisme demeure dans les limites normales. Ex. : psychoses systématisées, démence précoce, paralysie générale, d'autres où il est augmenté : Ex. : Maladie de Basedow, et d'autres enfin où il est abaissé : Ex. : myxœdème et encéphalite épidémique.

C'est un travail original, d'après des conceptions nouvelles, mais il n'y a pas d'historique de la question, les observations sont trop courtes, et il n'est pas fait mention des antécédents héréditaires et personnels, non plus que des certificats médicaux ayant provoqué l'internement. En outre, les calculs nécessités pour établir la valeur du symptôme sont trop compliqués pour permettre leur utilisation dans la pratique courante de l'examen des malades.

Le second mémoire est présenté par le Dr Gabriel Padeano, interne des Asiles d'Aliénés, et a pour titre : *Le syndrome hébéphrénocatatonique dans l'Encéphalite épidémique*. C'est une étude volumineuse divisée

en 3 parties : 1° Examen des diverses classifications qu'on a données des manifestations de l'encéphalite épidémique ; 2° Etude parallèle entre la démence précoce et l'hébéphrénocatatonie encéphalitique, étude empruntée, en partie, à l'ouvrage sur la démence précoce de Mlle Pascal ; 3° Idées sur l'étiologie et la pathogénie de la démence précoce, terminée par une classification des démences.

Après avoir rappelé les diverses classifications des modalités cliniques de l'encéphalite épidémique polymorphe d'après les auteurs qui ont observé les différentes formes, M. Padeano présente 14 observations presque toutes publiées par le P<sup>r</sup> Claude, MM. Deny et Klippel, M. Kahn, puis il étudie les symptômes de la démence précoce encéphalitique, tels qu'ils ont été décrits par les différents auteurs. Il établit ensuite le parallèle entre les lésions des centres nerveux dans la démence précoce et dans l'hébéphrénocatatonie d'après les opinions émises sur ce sujet par les médecins qui ont étudié la question, notamment Guiraud. Après d'autres observations intéressantes, dont quelques-unes sont personnelles, l'auteur discute l'étiologie et la pathogénie de la démence précoce, en présentant les différentes opinions émises sur ce sujet et conclut en affirmant que le syndrome hébéphrénocatatonique, quelle qu'en soit la cause, résulte de l'atteinte par le processus toxi-infectieux des régions sous-optique et opto-striée.

Cette excellente monographie représente un gros travail de compilation et de bibliographie, mais on peut lui reprocher de ne pas rapporter des observations personnelles assez nombreuses et de n'exprimer, sauf les conclusions, que les opinions des auteurs qui, avant M. Padeano, ont étudié la question.

Le troisième mémoire présenté au concours est une thèse du D<sup>r</sup> Marcel Montassut, interne des Asiles de la Seine, sur « la Constitution paranoïaque ». C'est un travail d'ensemble où toute la question de la paranoïa est étudiée. L'auteur expose, d'après des observations bien présentées, que la constitution paranoïaque est caractérisée par des éléments qui rappellent

ceux que l'on trouve beaucoup plus accusés dans le délire d'interprétation de Sérieux et Capgras. Ces éléments sont : 1° l'augmentation et la perversion du sens de la personnalité (orgueil, vanité, autophilie, égocentrisme) ; 2° la méfiance et la susceptibilité morbides ; 3° la fausseté du jugement ; 4° l'inadaptabilité. Puis, M. Montassut examine toutes les modalités cliniques de la constitution paranoïaque et tous les états de déséquilibre mental qui en dérivent avec les conséquences médicales et sociales. Il termine son travail en étudiant la thérapeutique médico-sociale de la constitution paranoïaque sans oublier l'hygiène mentale du petit paranoïaque et l'observation du paranoïaque au point de vue social et médico-légal.

Cette thèse est bien présentée et complète. L'auteur a fait l'historique, la vue d'ensemble, les différentes formes de la maladie, exposé le mécanisme de la constitution paranoïaque, discuté le diagnostic, le pronostic, et conclu par la thérapeutique de la forme mentale qu'il a étudiée.

Les travaux présentés ont tous une valeur scientifique et ce sont des études intéressantes, mais celui qui nous paraît le mieux s'adapter aux conditions du concours du Prix Moreau de Tours, parce qu'il représente une étude d'ensemble sur un sujet de médecine mentale, est la thèse du D<sup>r</sup> Montassut. C'est pourquoi votre Commission vous propose de décerner le prix Moreau de Tours à M. Montassut et d'y ajouter une mention très honorable pour M. Jean Lauzier et une mention honorable pour M. Padéano.

\*\*

La Société, adoptant les propositions de la Commission, décerne, à l'unanimité des membres présents, le PRIX MOREAU DE TOURS pour 1925 à M. le D<sup>r</sup> Montassut, interne à l'Asile Clinique (Ste-Anne), pour son travail intitulé « La Constitution paranoïaque ».

Elle décide, en outre, de décerner une mention très honorable à M. Lauzier et une mention honorable à Padéano.

## Eloge de Delasiauve (Louis-Jean-François) 1804-1893

Par M. René SEMELAIGNE

Reçu docteur en médecine, mon père allait quitter Paris pour se fixer en Normandie quand un de ses maîtres, qui l'affectionnait tout particulièrement, le présenta à Casimir Pinel ; il devenait son assistant, et bientôt après son gendre. C'est donc à Delasiauve que je dois de me trouver aujourd'hui parmi vous. Evoquer la figure d'un grand aliéniste est un acte de simple justice, mais je vais, fait plutôt rare, vous parler d'un homme, contemporain de mon aïeul et maître de mon père, dont cependant il me fut donné d'être le collègue à la Société médico-psychologique.

Louis Delasiauve naissait à Garennes, village du département de l'Eure, le 14 octobre 1804, et la seule ambition de son père, propriétaire d'un magasin d'épicerie, était de l'avoir pour successeur. Un incident fortuit modifia cette destinée. A l'école l'enfant se faisait remarquer par son application, mais ayant été un jour battu rudement par l'instituteur, pour un motif des plus futiles, il prit en aversion cet homme, que jusqu'alors il avait aimé, et supplia sa famille de le changer de milieu. Il était âgé de neuf ans, on le confia au curé. Sans négliger la boutique paternelle, où il servait les clients, il consacrait au travail ses instants de loisir et ses progrès furent rapides. Son professeur, constatant chez lui des aptitudes exceptionnelles, engagea les parents à l'envoyer à Evreux, centre d'études plus étendues. Ses classes terminées, il se fit inscrire à la faculté de médecine de Paris. Ses principaux maîtres ont été Cayol, à la Charité, et Ferrus, à Bicêtre; la médecine mentale l'intéressait vivement, mais il ne songeait pas encore à se spécialiser, et sa thèse inaugurale a pour titre : « Quelques propositions de pathologie générale ». Il la soutint le 9 août 1830, peu après ces journées de juillet qu'il se plaisait, avec

les hommes de sa génération, à appeler les trois glorieuses. Jusque dans son extrême vieillesse, ces souvenirs devaient rester vivaces; je l'ai entendu, quelques jours avant sa mort, parler avec passion de ces événements lointains, et flétrir, oubliant un instant ses souffrances, Charles X et la violation de la Charte. Je l'écoutais sans parvenir à partager son indignation, car je me souciais assez peu, j'ose l'avouer, de la Charte et de Charles X.

Muni de son diplôme, il quittait Paris et s'établissait à Ivry-la-Bataille, bourgade normande, près de laquelle Henri IV défit Mayenne et les Ligueurs en 1590. Son activité, son dévouement, sa bonhomie lui valurent rapidement une clientèle étendue, et firent connaître son nom dans toute la contrée. Nommé en 1833 membre de la délégation cantonale, il se passionna pour les questions pédagogiques. Lorsque ses visites le conduisaient dans le voisinage d'une école, il ne manquait pas d'y entrer, s'informait du travail des enfants, s'intéressait à leurs progrès, les interrogeait avec bienveillance. Puis, se souvenant qu'un malade le réclamait, il remontait à cheval; tel était, en effet, son mode habituel de locomotion, à une époque où les routes écartées restaient mauvaises, et les chemins de traverse impraticables aux voitures. Quelquefois, il arrivait en retard, mais jamais on ne l'espérait en vain.

Cependant, malgré son attachement à la terre natale, un plus vaste champ d'études l'attirait. Il revint à Paris en 1839, et Cayol lui proposa de collaborer à la rédaction de la *Revue Médicale*; c'est là qu'il connut Bayle et Bourdin. En 1840, s'ouvrait le premier concours pour les quartiers d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière; il se présenta. Baillarger, Trélat et Archambault, tous trois élèves d'Esquirol, furent nommés. Trois ans après, un nouveau concours avait lieu, par suite du départ d'Archambault pour Maréville, et Delasiauve subissait les épreuves avec succès; ses compétiteurs étaient Chambert et Macario. Attaché d'abord au service de Leuret, à Bicêtre, il prit ensuite la direction de la section des épileptiques et des idiots,



et se voua tout entier à une tâche ingrate, mais séduisante pour sa nature passionnée. Il entreprit l'amélioration du sort des idiots et parvint à obtenir, grâce à sa méthode éducative, des succès dont il était fier à juste titre. Le mal comitial a été également l'objet de ses patientes investigations, et son traité de l'épilepsie fut couronné par l'Institut. Cet ouvrage, édité en 1854, peut encore être consulté avec fruit, et est suivi d'un aperçu médico-légal, sujet peu étudié jusqu'alors, sauf au point de vue de la criminalité par Georget, Marc et Boileau de Castelnau; on y trouve exposées les règles applicables à la séquestration, l'interdiction, aux divers actes civils, à la comparution en justice et à la simulation.

En janvier 1861, paraissait le *Journal de Médecine mentale*; c'était la première publication consacrée, en France, à notre spécialité et il sut y mettre le meilleur de lui-même. Pendant dix ans, faisant preuve de connaissances rares, il traita, d'une plume impeccable, les questions les plus diverses : clinique, hygiène, médecine légale, thérapeutique, psychologie, modes d'éducation, anthropologie. En 1870, des circonstances indépendantes de sa volonté le forcèrent à interrompre ce labeur; le journal cessa de paraître, et son créateur en conçut un amer regret. Les volumes composant la collection sont du plus grand intérêt et devraient être consultés davantage; on apprendrait à mieux connaître Delasiauve et à le bien juger. Certaines idées émises par lui sont, sans doute, contestables, mais en est-il un seul parmi les aliénistes, anciens ou modernes, dont l'œuvre puisse, dans toutes ses parties, être acceptée sans réserve aucune? Peut-être nos descendants, discutant les conceptions actuelles, s'étonneront-ils de nos erreurs.

Suivant Delasiauve, on considère trop volontiers toute agitation active comme un signe de manie, et l'on confond souvent les troubles basés, soit sur l'incohérence, soit sur la véhémence des hallucinations; il en serait de même pour les états dépressifs. Pour faciliter l'étude des aliénations mentales, il propose de

les diviser en générales et partielles, en faisant remarquer, à propos de ce dernier terme, que le délire emprunte son cachet, non à son étendue, mais à son point de départ. Le délire général est caractérisé par la lésion de l'intelligence et le défaut d'enchaînement des idées. Dans le délire partiel dominant essentiellement les aberrations sentimentales ; il peut se maintenir ignoré du public pendant de longues années, sans compromettre l'activité et la volonté, et sans mettre obstacle aux occupations régulières, mais à la longue, l'extension de la lésion fait quelquefois naître l'incohérence apparente de la pensée. Les aliénations générales comprennent la manie, la démence, la paralysie générale et la stupidité. Les aliénations partielles forment deux groupes : les pseudo-monomanies ou folies partielles diffuses, et les monomanies, délires isolés, fixes, systématisés, présentant les formes perceptive, morale et affective, instinctive. Il admet aussi, sans d'ailleurs insister à ce sujet, la possibilité de démences partielles. Quant aux états décrits sous le nom de lypémanie, démonomanie, hypochondrie, il ne les regarde pas comme des espèces distinctes et les fait rentrer, suivant le cas, dans les aliénations partielles ou générales. Enfin vient l'idiotie.

Dès le début de ses recherches sur les affections mentales, son attention s'était portée sur la stupidité ; l'entrave aux fonctions intellectuelles lui donnait l'impression d'une machine aux rouages encrassés, réduits à la lenteur des mouvements ou contraints à l'immobilité. L'interprétation de Ferrus et d'Etoc-Demazy lui paraissait préférable à celle de Baillarger, et il repoussait, comme erronée, la dénomination de mélancolie avec stupeur ; il en résulta de longues et vives discussions, Baillarger aimant peu la contradiction. Le propre de la stupidité, pour Delasiauve, c'est le chaos, la confusion mentale. La pensée et les émotions sont nulles, le sujet reste inerte, son état est comparable à un long rêve, et les terreurs soudaines viennent d'hallucinations qui se détachent, comme les éclairs d'un nuage, du fond mental obscur. Mais il y a des degrés dans la

confusion, elle est plus ou moins profonde. Dans la demi-stupidité, le malade n'a plus la même netteté dans les opérations intellectuelles, la réflexion s'émousse, il ne manifeste ni volonté, ni activité, il éprouve des phénomènes psycho-sensoriels semblables à ceux du rêve. Les stupidités légères passent souvent inaperçues et ont d'autant plus d'importance au point de vue médico-légal. Certains individus ne présentent qu'une sorte d'apathie, de paralysie de la volonté. Mais, généralement, cette passivité indécise est remplacée par l'activité dans la confusion, et Delasiauve nous dépeint le malade, en proie aux impressions et impulsions qui l'assaillent de toutes parts, pareil à un naufragé au sein d'une tempête, et « se sentant avec effroi entraîné sur la pente d'un abîme ». Certaines impressions peuvent survivre à cet état confusionnel, et devenir la base d'un véritable délire.

C'est dans le cadre de la stupidité, parmi les confusions mentales hallucinatoires, qu'il range les délires de rêve de l'hystérie, de l'épilepsie, de l'alcoolisme, du saturnisme, ou consécutifs à l'ingestion de substances telles que l'opium, la belladone, le hachisch, la mandragore, ou se montrant à la suite des fièvres graves.

Ceux qui se seraient donné la peine de consulter le *Journal de Médecine mentale* ou les *Annales Médico-Psychologiques*, n'auraient certainement pas accueilli, comme une nouveauté d'origine étrangère, la conception des confusions mentales. Chaslin a cru devoir protester contre cet attrait de l'exotisme, ce manquement à nos propres traditions. Peut-être pourrais-je, à ce propos, chercher querelle à un ami qui, dans une notice récente, signala, comme un acte de pure modestie, le fait d'avoir rapporté cette conception à deux autres aliénistes français, suivant lui bien oubliés, Sauze et Delasiauve. Chaslin était trop bon historien pour associer ici deux hommes de valeur inégale. Dans la note sur la confusion mentale présentée au Congrès de Blois, il ne parle pas de Sauze, et dans un article paru peu après dans les *Annales Médico-Psychologiques*, il cite simplement sa thèse sur la stupidité.

Quant à Delasiauve, auquel il rend pleine justice, son nom n'est pas oublié, mais ses travaux sont sans doute ignorés de ceux qui ont tendance à concéder à leurs seuls maîtres tout le passé de la médecine mentale.

Tandis que, dans les aliénations générales, on observe l'excitation, la perversion, l'affaiblissement ou l'impuissance des facultés intellectuelles, l'altération, dans les aliénations partielles, porte sur les impressions, les sentiments, les idées. Cependant, ne trouvant pas, entre ces deux formes, la séparation idéalement nette, Delasiauve admet, comme trait d'union, un nouveau genre, la pseudo-monomanie, ou délire partiel diffus, « embrassant tous les cas qui revêtent un cachet de mobilité et d'automatisme » ; si elle se trouve parfois confondue avec les aliénations générales, près des quatre cinquièmes des cas considérés comme des monomanies lui appartiennent. Il signale les fréquentes condamnations de ces pseudo-monomanes ; le médecin a beau exposer les conséquences de l'hérédité, les antécédents, les signes physiques et moraux, les magistrats admettent difficilement l'absence du libre arbitre chez celui qui répond à toutes les questions, discute les faits, et ne leur offre pas une visible apparence de troubles mentaux. Cet état s'explique, suivant lui, par la persistance du pouvoir syllogistique, qui permet de soumettre les idées délirantes à un enchaînement logique, et de paraître raisonner tout en déraisonnant. Les actes du monomane, dont le délire « tend sans cesse à se dévoiler », sont soumis à « une fatalité logique » ; ceux du pseudo-monomane, qui souvent se rend compte, souffre et lutte, sont automatiques sous l'empire d'une fascination passagère.

A l'époque où Delasiauve exerçait en province, il avait rencontré un certain nombre de parias de l'intelligence, errant à l'aventure, sans que leurs parents en aient cure. L'étude de l'idiotie l'avait donc toujours préoccupé, et à son entrée à Bicêtre, l'occasion lui fut offerte d'étendre ses investigations. Désireux de ne pas accroître les groupes, il conserva la division courante en imbéciles et idiots. Morel dénommait simples

les moins compromis des imbéciles. Delasiauve ajouta les insuffisants et les mobiles; ces derniers peuvent faire encore illusion, ayant conservé l'activité et la passion. Au contraire, les imbéciles proprement dits se reconnaissent aisément. L'amélioration de ces « natures mutilées » fut son souci constant. La plupart conservent, d'après lui, certaines aptitudes dont, à force de patience, on doit arriver, à la longue, à tirer parti, mais, pour réussir, il faut étudier les tempéraments, découvrir les bonnes dispositions, s'efforcer de les développer et régulariser. L'enseignement variait suivant les aptitudes, et le plus minime progrès lui paraissait un succès. A ces cours étaient admis des épileptiques non aliénés.

Ayant quitté Bicêtre, il organisa à la Salpêtrière une école modèle, sous la direction d'une femme dévouée, Mlle Nicole. Pénétré de l'importance de sa tâche, il aimait d'une façon touchante ces êtres dégradés, et s'étonnait de ne pas rencontrer autour de lui le même enthousiasme. Bourneville subit cette influence et suivit avec ténacité la voie tracée par le maître. Mais la plupart avaient dans la vie des buts différents et ne pouvaient vraiment pas se passionner pour les divers systèmes d'éducation des idiots. En 1878, le hasard lui donnait comme interne Paul Poirier, le futur professeur d'anatomie, dont une mort prématurée devait interrompre la brillante carrière. Fier de montrer ses succès, Delasiauve l'entraînait à l'école, et interrogeait longuement devant lui ses plus brillantes protégées. Poirier, qui ne prenait aucun intérêt à ces séances, finit par lui déclarer que, désireux de profiter de ses bonnes leçons, il n'avait cependant aucun désir de faire la classe à des idiotes, puis il se retira. Pendant quelques mois, il abandonnait complètement le service pour suivre la clinique de Charcot. Un matin, il reparut, le sourire aux lèvres, devant Delasiauve. Celui-ci le mit à la porte en le traitant de petit polisson. Ce fait mit en joie la salle de garde de la Salpêtrière, et une revue de fin d'année représenta le maître expulsant son élève en brandissant un parapluie.

Connaissant les inconvénients des asiles encombrés, Delasiauve rêvait la création, dans chaque canton, d'un petit établissement approprié pour environ huit personnes. Comme l'espace est nécessaire, on pourrait choisir une ferme avec un vaste domaine, dont les dépenses seraient couvertes par les pensions et le travail, les ressources profitant aux malades. Ceux-ci, vu le faible éloignement de leur milieu habituel, ne seraient pas dépaysés, recevraient aisément la visite des leurs et sortiraient avec eux. Ni grilles ni verroux n'étaient prévus, sauf indication spéciale.

Delasiauve était resté partisan des concours, et il protesta contre leur suppression et la nomination directe de Marcé à la ferme Sainte-Anne, dépendance de Bicêtre, mais il dut s'incliner devant le fait accompli. Cependant, lorsque vint à sonner l'heure où les médecins des hôpitaux se retirent, il hésita, n'y étant pas forcé, devant ce brusque changement d'existence, et il resta. Mais en 1878, à la mort de Trélat, le concours ayant été rétabli, il donna sa démission. « C'est une illusion de croire, écrivait-il, à Bourneville, que je puisse m'éterniser dans un titulariat fictif. Moreau et moi devons disparaître. La retraite de l'un entraîne celle de l'autre. » Il se trompait; Moreau de Tours, également entré dans sa soixante-quinzième année, ne se retira point. Exemple suivi plus tard par Jules Falret et Auguste Voisin, au détriment de ceux qui comptaient concourir et durent y renoncer.

Delasiauve remettait, à la fin du mois de décembre 1878, son service à Legrand du Saulle, mais en souvenir de l'œuvre accomplie, on lui laissait la surveillance de l'école. Je l'ai vu souvent, au cours de mon année d'internat à la Salpêtrière, se diriger lentement, courbé légèrement par l'âge, vers la classe des idiots et des épileptiques, et je l'évitais avec prudence, malgré mon affection pour lui, car il ne lâchait pas aisément ses interlocuteurs, ou plutôt ses auditeurs, et se plaisait, sans souci de l'heure, à parler longuement sur n'importe quel sujet. Pris un jour à l'improviste, je dus subir l'école et assister aux interrogations; mais il semblait tellement heureux au milieu de ces pauvres

enfants, qu'on ne songeait vraiment pas à regretter le temps perdu.

Cet homme, si foncièrement bon, n'était pas toujours facile à manier, quand on heurtait ses convictions. Ceux qui le connaissaient peu se froissaient parfois de certaines exigences, et quelques-uns, dans le monde médical même, voyant son originalité et peu au courant de ses œuvres, méconnurent son grand savoir et sa haute valeur. Bienveillant et modéré dans ses écrits ou dans les discussions académiques, il se laissait volontiers, dans les réunions intimes, emporter par la controverse; son visage alors s'empourprait et il discutait avec véhémence. C'était bien l'homme qui avait dit : « la passion, c'est la vie ». Ses connaissances étendues lui avaient fait constater l'insuffisance présomptueuse de tant de ses contemporains, et il émettait cette pensée toujours vraie : « On ne prononce jamais avec plus d'aplomb que sur les sujets qu'on ignore. » Et pourtant la politique attirait ce libéral des anciens jours. Ayant approfondi les questions sociales, il en aurait probablement valu bien d'autres, dans ce milieu parlementaire où plus d'un, sans études préparatoires et par la seule vertu de son mandat, se croit autorisé à exposer ses idées sur la première question venue. Deux fois, il sollicita sans succès les suffrages de ses concitoyens. Mais si le seul mérite est rarement un titre pour obtenir les voix d'électeurs parfois insuffisamment éclairés, Delasiauve, on doit le reconnaître, avait eu l'idée, plutôt bizarre, de s'intituler candidat médical, radical et organisateur; ces mots, affichés en gros caractères, attiraient tout d'abord l'attention, et suffisaient sans doute au lecteur. Sa profession de foi, pourtant, n'offrait rien de subversif; il réclamait pour tous « la liberté la plus large, c'est-à-dire ne reconnaissant d'autre limite que le respect des droits d'autrui. » Cette opinion, il l'avait déjà soutenue en faveur des aliénés, demandant pour eux toute la liberté compatible avec leur propre sécurité et celle des autres. Si la faveur de ses concitoyens l'avait envoyé siéger à la Chambre, elle aurait créé un politicien de plus, sans autorité dans ce monde nouveau;

son échec fut donc heureux pour la science mentale et pour lui-même.

Mes plus lointains souvenirs me représentent son visage soigneusement rasé, encadré de favoris, son front dégarni que recouvrait une calotte de velours, dépassée en arrière et sur les côtés par des cheveux blancs légèrement bouclés. Je le vois, discutant à table, avec une animation telle, que parfois il oubliait de manger, et repoussait son assiette encore pleine, pour ne pas retarder le service. Un jour, d'un geste oratoire plus accentué, il brisa son verre, répandant le contenu sur la nappe ; s'interrompant une seconde pour s'excuser, il se remit à parler. Au premier abord cette originalité surprenait les étrangers, mais ceux qui le connaissaient accueillaient avec indulgence ses légers travers, et se contentaient d'en sourire. Pour nous, il faisait partie du cercle intime, et nous l'aimions sincèrement. Son érudition était immense, et les auteurs latins ou français n'avaient pas de secrets pour lui. Enfants, il nous récitait des fables de La Fontaine, ou des vers de Béranger, le chansonnier de sa jeunesse.

Puisqu'il s'agit ici d'une biographie fidèle, et que cette révélation ne peut aujourd'hui blesser personne, je signalerai un événement de la vie de Delasiauve, ignoré de la plupart de ses contemporains. On le croyait un célibataire endurci, et pourtant il s'était marié. Pourquoi avait-il laissé sa femme en Normandie ? Je l'ignore, malgré cette légende répandue dans son pays : il se serait un jour aperçu tout à coup que les oreilles de sa compagne étaient mal ourlées, et n'avait pu en prendre son parti. En tout cas les deux époux, ayant cessé de cohabiter, restèrent dans les meilleurs termes ; la femme demandait conseil à son mari dans les circonstances difficiles, et il répondait affectueusement. A Paris, son intérieur était dirigé par une gouvernante extrêmement dévouée, nommée Sophie ; ses amis le plaisantaient volontiers à ce sujet, et Dubois d'Amiens lui demandait en riant si Sophie ne signifie pas sagesse.

Delasiauve fréquentait assidûment la Société Médico-



Psychologique, qu'il avait vue naître, grandir et prospérer. Si parfois il abusait de la parole, faiblesse que d'autres ont partagée, il était toujours écouté avec respect, et dans ce milieu, pour lui familial, on savait apprécier, à leur juste valeur, les qualités incontestables de l'homme et du savant. Membre de nombreuses Sociétés de bienfaisance, il était particulièrement dévoué à l'Association mutuelle des médecins aliénistes, possédant au plus haut degré l'esprit de solidarité.

Le 5 juin 1893 s'éteignait, dans sa quatre-vingt-neuvième année, ce grand aliéniste, qui s'efforça d'unir l'observation pure aux données psychologiques, et fut, le premier en France, décrire les états confusionnels hallucinatoires, semblables aux rêves, d'origine toxique ou infectieuse. Sa vie fut un long labeur, et il a laissé une œuvre considérable, où l'on pourrait puiser avec profit. Le lecture en est d'ailleurs facile, le style clair et précis, la phrase harmonieuse. « De tous les médecins contemporains, disait Axenfeld, bon juge en la matière, celui qui écrit le mieux, c'est Delasiauve. » D'une imagination ardente et parfois chimérique, il fut aussi un homme de bien, et toutes les causes, suivant lui belles et utiles, eurent le don de l'enthousiasmer. Educateur-né, il se voua à l'amélioration des êtres les plus dégradés, et les natures même foncièrement mauvaises lui semblaient avoir droit à notre pitié. Son profond patriotisme, son désir de perfectionner la race, l'avaient conduit à étudier, dès le premier âge, la formation de l'intelligence, la direction des instincts ; il considérait l'enfant comme un problème dont la solution s'impose, avant le choix de la culture appropriée. Ayant dû lutter pour réussir, il se plaisait, dans sa vieillesse, à guider et à soutenir ceux qui débutaient dans la carrière. N'est-il pas naturel, au déclin de la vie, de transmettre à d'autres l'expérience acquise, et de reporter sur les jeunes ses dernières pensées ? Ils ont devant eux et le temps et l'espace, tous les espoirs leur sont permis. S'ils contribuent un jour, pionniers patients de la science mentale, à féconder l'avenir, sans doute ils se rendront compte, devenus

vieux à leur tour, que l'effort ancestral facilita leur tâche, et que le présent vit toujours du passé. (*Applaudissements*).

\*\*

M. le Président remercie M. René Semelaigne au nom de la Société et lui adresse les félicitations de tous pour l'évocation si vivante de cette grande figure.

M. ROUBINOVITCH, *président*. — Avant de donner la parole au Docteur Courbon, sur la Psychophysiologie de Charcot, permettez-moi d'évoquer la figure du grand neurologue par deux souvenirs personnels. Le premier est celui du prestige qu'il exerçait sur toute l'Europe, lorsque j'étais encore enfant, à Odessa. Je me souviens comme, là-bas, il nous paraissait, en Maître incontesté. Son influence rayonnait véritablement sur le monde. Il semblait le Napoléon des sciences neurologiques.

Plus tard, j'eus l'occasion de le voir de plus près, à propos du traitement d'un malade. Je fus séduit par la sympathie, la chaleur cordiale de ses entretiens. Je compris le secret de sa psychothérapie, et comment il exerçait, sur les esprits et sur les cœurs, une aussi puissante emprise.

## La Psychophysiologie de Charcot

Par Paul COURBON (de Stéphansfeld).

« L'observation clinique doit s'allier aux sciences générales et se rapprocher de plus en plus de la physiologie pour donner naissance à une médecine vraiment rationnelle (35) ». « Tous les travaux relatifs à l'anatomie morbide des centres nerveux semblent dominés par ce qu'on pourrait appeler *l'esprit de localisation*, lequel n'est en somme qu'une émanation de l'esprit d'analyse. Localiser, en anatomo-pathologie, c'est déterminer dans les organes et les tissus le siège, l'étendue, la configuration, les altérations matérielles et palpables, en physiologie c'est, met-

tant à profit les données de l'observation clinique et s'éclairant des données expérimentales, établir le rapport entre les troubles fonctionnels constatés durant la vie et les lésions révélées par l'autopsie » (36).

Ce souci de l'anatomopathologie et ce précepte de penser physiologiquement conduisirent Charcot à rechercher pour les processus mentaux dont l'intervention est évidente dans la production d'un syndrome clinique donné, une localisation nerveuse analogue à celle que l'autopsie lui montrait pour les processus organiques de ce syndrome. Si son expérience psychiatrique proprement dite ne fut que de seconde main, car il ne fit que se rallier en cette matière aux conceptions des psychiatres contemporains, notamment à celles de son collaborateur Magnan, il trouva du moins dans le chaos des réactions plus ou moins paradoxales qu'il s'efforça d'organiser en une entité nosologique, nommée hystérie, un vaste champ d'études sur la mentalité. D'après sa propre définition, en effet, l'hystérie est une maladie psychique.

Aussi, en réunissant les diverses hypothèses et affirmations qu'il a émises, au cours de son œuvre, concernant les modes normaux et pathologiques de la sensation, du mouvement, de la pensée, du langage et des actes coordonnés, formerait-on comme une physiologie et une pathologie psychiques. C'est cette psychophysiologie qu'il m'a paru intéressant de reconstituer en l'honneur du centenaire de celui qui l'a conçue. On y verra comment Charcot s'est efforcé de préciser le rôle de chacune de ces grandes fonctions à propos de l'esprit et du corps, comment, après avoir localisé le fonctionnement de chacune dans un appareil nerveux déterminé, il s'attacha à montrer que c'est la modification substantielle, visible ou invisible, c'est-à-dire organique ou dynamique du même point, qui produit le même trouble morbide qualifié organique dans le premier cas, fonctionnel dans le second.

« On a quelquefois désigné sous le nom de neuromimésie cette propriété qu'ont les affections *sine materia* de simuler les maladies organiques. Entre l'hémianesthésie

vulgaire de l'hystérie et celle qui relève d'une lésion en foyer, l'analogie est frappante. Au fond, c'est le même syndrome. Même ressemblance entre la paraplégie spasmodique des hystériques et celle qui relève d'une lésion organique spinale. Or cette ressemblance, qui désespère parfois le clinicien, doit servir d'enseignement au pathologiste qui derrière le syndrome commun entrevoit une analogie de siège anatomique et, *mutatis mutandis*, localise la lésion dynamique d'après les données fournies par l'examen de la lésion organique correspondante. Et ceci nous conduit à reconnaître que les principes qui régissent l'ensemble de la pathologie sont applicables aux névroses, et que là aussi on doit chercher à compléter l'observation clinique *en pensant anatomiquement et physiologiquement* (37) ».

« L'encéphale ne représente pas un organe homogène unitaire, mais bien une association, ou si vous le voulez, une *fédération constituée par un certain nombre d'organes divers*. A chacun de ces organes se rattacherait physiologiquement des propriétés, des fonctions, des facultés distinctes. Or les propriétés physiologiques de chacune de ces parties étant connues, il deviendrait possible d'en déduire les conditions de l'état pathologique, celui-ci ne pouvant être qu'une modification plus ou moins prononcée de l'état normal, sans intervention de lois nouvelles » (38).

Donc, tout trouble pathologique, fonctionnel ou organique a un substratum physique, perceptible ou non avec nos moyens d'investigation. Le siège de cette modification physique commande la forme du trouble dont la nature organique ou fonctionnelle est révélée par des particularités cliniques que nous tairons ici, comme n'étant pas dans le cadre de cette étude physiologique. La lésion organique a pour cause une inflammation, un traumatisme, une infection, une intoxication. Au cerveau, elle est généralement d'ordre vasculaire (42). La lésion dynamique est produite le plus souvent par un mécanisme psychologique: suggestion, hétérosuggestion, autosuggestion, hypnotisme, émotion, idée fixe.

Passant en revue chacune de ces fonctions, on verra pour chacune dans un paragraphe de physiologie normale le siège de son appareil et son fonctionnement,

puis dans un paragraphe de physiologie pathologique, on montrera comment une lésion organique ou dynamique produit le même symptôme de déficience ou d'excès, suivant qu'elle est inhibitrice ou irritative.

**I. SENSATION. — Physiologie normale.** — La sensation arrive au cerveau par les fibres du ruban de Reil et par les radiations optiques de Gratiolet. Les centres où elle naît par la vibration des impressions exercées du dehors sur les sens, siègent dans l'écorce des hémisphères. Chaque hémisphère emmagasine les sensations dont le point de départ est dans les organes sensoriels du côté opposé du corps. Ces centres pour le tact, la vue, l'ouïe, seules espèces de sensations étudiées par Charcot, se trouvent dans les régions corticales appelées latentes, parce que leur excitation ne détermine pas de mouvement.

**Physiologie pathologique.** — Des lésions organiques ou dynamiques siégeant dans ces centres peuvent y produire des troubles de déficit ou d'éréthisme.

**SENSATION TACTILE ET MUSCULAIRE. — Physiologie normale.** — Les sensations de tact, de douleurs et de température, ainsi que les sensations d'origine musculaire, plus complètement décrites au paragraphe de la pensée et du langage, sont l'aboutissant des impressions conduites au cerveau par le ruban de Reil. Celui-ci se termine en arrière de la zone motrice dans l'écorce de la région postérieure et inférieure de l'hémisphère (25). Mais avant d'entrer dans le segment postérieur de la capsule interne, dont il occupe le tiers postérieur et d'où il émergera plus haut en formant la couronne rayonnante, il croise le faisceau optique de Gratiolet. Ce dernier amène les impressions visuelles recueillies par l'œil du côté opposé du corps. On verra plus loin, en effet, que pour Charcot il n'y a pas d'hémianopsie cérébrale. Donc, il existe au pied de la couronne rayonnante un entrecroisement de la sensibilité visuelle d'une part, et des sensibilités tactilomusculaire et auditive, d'autre part, de la moitié opposée du corps. Cet entrecroisement anatomique

constitue un carrefour physiologique sensitivo-sensoriel, dont l'importance en clinique est extrême.

**Physiologie pathologique.** — Les lésions inhibitrices donnent de l'anesthésie, les lésions irritatives donnent de l'hypéresthésie ou algie, qu'elles soient organiques ou dynamiques.

1) *Anesthésie.* — a) Les lésions inhibitrices, qui siègent dans l'écorce, donnent une anesthésie, cutanée et profonde, segmentaire des membres. Les plaques anesthésiques se terminent par des circonférences perpendiculaires aux membres : anesthésie en gigot, en caleçon, en gant, en mitaine.

« Cette division du membre par segments circonscrits par un plan circulaire, perpendiculaire à l'axe du membre, ainsi que je l'ai démontré cliniquement et expérimentalement, est un des caractères des paralysies psychiques. Il n'y a dans cette répartition de la délimitation des zones d'anesthésie rien qui rappelle la distribution des nerfs. C'est quelque chose de vraiment spécial, de particulier, que je crois avoir découvert et qui pourrait bien être la caractéristique de l'anesthésie corticale. Il est plus que probable en effet que ces caractères n'appartiennent pas en propre aux paralysies hystériques, et qu'on les rencontre dans les affections organiques corticales, du moins à un certain degré. Mais ce que je crois pouvoir affirmer, c'est que dans ces cas de lésions matérielles de lésions en foyer corticales, ils ne sont jamais aussi développés, aussi typiques, aussi systématiques qu'ils le sont habituellement dans le cas d'hystérie, où il s'agit à mon avis de lésions corticales dynamiques (26) ».

Par conséquent, l'anesthésie corticale de cause organique est moins étendue que celle de cause dynamique. Et de plus, celle-ci s'accompagne habituellement de paralysie des segments anesthésiés.

« Les lésions corticales organiques réalisent rarement au même degré ce concours de la paralysie motrice et de l'anesthésie cutanée et profonde disposée par segments géométriques (27) ».

b) Les lésions inhibitrices qui siègent dans la capsule interne donnent une hémianesthésie. Celles qui

siègent au carrefour sensitif donnent une hémianesthésie compliquée : hémisurdité et hémicécité.

« Dans l'hystérie, il s'agit d'une anesthésie unilatérale. L'anesthésie totale ne se montre que dans des cas relativement exceptionnels. Elle frappe la sensibilité commune et les appareils sensoriels sur le côté du corps où siège l'anesthésie cutanée... Si à cette hémianesthésie hystérique nous comparons actuellement l'hémianesthésie cérébrale organique, nous reconnaissons qu'une parfaite ressemblance peut être constatée jusque dans ses moindres détails. Cette ressemblance a été soigneusement relevée déjà par nous-même relativement à la sensibilité commune, et par M. Magnan en ce qui concerne les troubles de l'ouïe, de l'odorat et du goût (40) ».

2) *Hyperesthésie. Algie.* — Les lésions irritatives donnent de l'hyperesthésie ou algie. C'est souvent le cas des lésions dynamiques provoquées par une idée fixe de douleur, née d'une suggestion directe ou indirecte, comme on le voit dans l'émotion ou le traumatisme. C'est le cas des fausses péritonites (23), des coxalgies hystériques (30).

« A côté des suggestions de paralysie, il y a lieu de placer les suggestions de douleur. Cela est rendu bien manifeste par les expériences chez les sujets hypnotisés... C'est l'algie psychique suggérée (31) ».

Et Charcot insiste sur le fait que cette douleur suggérée est réelle, non imaginaire et que ce serait cruel au suggestionneur de l'intensifier.

Rapportant l'histoire d'un individu qui, bien que guéri depuis deux ans d'une légère morsure faite par un chien faussement cru enragé, éprouvait des douleurs dans la main mordue chaque fois qu'on lui parlait de rage, il écrit :

« L'imagination a joué là un rôle prédominant, mais n'allez pas dire qu'il s'agit dans ce cas d'une douleur imaginaire, si par là vous entendez dire qu'elle n'existe pas. Rien n'est plus réel que cette douleur. Elle a son point de départ dans le lieu même où la douleur est perçue et sentie, c'est-à-dire dans le substratum des phénomènes psychiques, ou, autrement dit, l'écorce cérébrale (32) ».

Dans la même leçon, l'auteur cite la glossodynie d'un paralytique général comme une douleur psychique. Bien qu'il ne l'ait pas explicitement indiqué, il semble que pour Charcot ce soient les lésions organiques de l'écorce qui cette fois produisent cette algie psychique.

Enfin, les zones hystérogènes diverses que l'on trouve sur le corps des hystériques, comme la zone ovarienne, traduisent l'existence d'une lésion irritatoire dynamique au point de la représentation corticale de ces zones.

**SENSATION VISUELLE. — Physiologie normale. —** Les sensations visuelles naissent dans la région où s'épanouissent les radiations de Gratiolet, c'est-à-dire dans l'écorce de la région postérieure de l'hémisphère et du pli courbe. Chaque centre d'un hémisphère reçoit la totalité des fibres de la rétine de l'œil du côté opposé. Cette conclusion, à laquelle Charcot avait cru devoir aboutir pour des apparences cliniques, le menèrent à supposer l'existence d'un deuxième entrecroisement des fibres de la 2<sup>e</sup> paire.

Voici son schéma : Seules les fibres déjà entrecroisées dans le chiasma vont par la bandelette optique directement à l'écorce du cerveau. Les fibres qui ne se sont pas entrecroisées dans le chiasma, c'est-à-dire les fibres homolatérales, s'entrecroisent à leur tour dans les tubercules quadrijumeaux et vont dans l'hémisphère opposé. Si bien que chaque hémisphère reçoit la totalité des fibres de la rétine de l'autre côté (33).

**Physiologie pathologique. —** Les lésions inhibitrices des terminaisons optiques donnent de la cécité ou de l'amblyopie, suivant leur intensité. Les lésions irritatives donnent des hallucinations visuelles.

1° *Amblyopie.* — La lésion inhibitrice organique ou dynamique d'un hémisphère entraîne la diminution de la vue de tout l'œil du côté opposé, une amblyopie croisée et non une hémioptie. L'hémianopsie n'a lieu que lorsque la lésion siège sur la bandelette optique.



« J'ai peut-être examiné des milliers de fois le champ visuel des hystériques, c'est toujours l'amblyopie unilatérale ou double, mais plus prononcée du côté hémianesthésié, mais jamais l'hémiopie que j'ai rencontrée. »

2° *Hallucinations visuelles.* — La lésion irritative organique ou dynamique d'un centre donne des hallucinations visuelles, qui sont croisées elles aussi, si un seul hémisphère est atteint. Il cite incidemment les hallucinations des alcooliques, des intoxiqués. Il insiste sur l'hystérie. Chez les hystériques qui ont de l'hémianesthésie, c'est l'œil de ce côté qui perçoit les hallucinations, parce que l'hémisphère malade est à la fois inhibé dans ses centres tactile et musculaire et irrité dans son centre visuel. L'hallucination est monoculaire.

« Les images visuelles d'animaux, d'enterrements ou de toute autre nature, vues en rêve et persistant quelquefois un instant après le réveil, apparaissent constamment du côté correspondant à l'hémianesthésie, côté où le rétrécissement du champ visuel est dans la règle le plus prononcé. Ce fait est en quelque sorte le pendant de celui que nous avons mis en lumière, il y a longtemps déjà (*Progrès Médical*, 3 janvier 1878), chez les femmes hystériques hémianesthésiques. Il est très commun que les hystériques, même dans leurs périodes d'accalmie, soient tourmentés par la vision imaginaire d'animaux, de chats, de rats, de bêtes fantastiques qui semblent courir sur le parquet ou sur le mur voisin. Ces animaux, généralement de couleur noire ou grise, plus rarement d'un rouge vif, se présentent pour chaque malade du même côté et ce côté est toujours celui de l'hémianesthésie, et par conséquent de l'amblyopie. Habituellement, les animaux passent en série et courent rapidement venant de derrière le malade et se dirigeant d'arrière en avant. Ils disparaissent aussitôt qu'il tourne les yeux de leur côté. »

SENSATION AUDITIVE ET AUTRES. — La sensation auditive, dont le centre est le lobe temporal, est calquée, au point de vue physiologique et pathologique, sur la sensation visuelle. Il en est vraisemblablement de même des sensations olfactives et gustatives, dont les centres sont moins localisables.

Une lésion organique ou dynamique du carrefour sensitif donne une hémianesthésie avec cécité agueusie, anosmie et surdité croisées. L'hémianesthésie cérébrale se distingue de l'hémianesthésie pédonculaire par la non-participation dans celle-ci de la vision et de l'odorat (71). Les lésions irritatives de ces centres donnent des hallucinations.

Voici le mécanisme que, d'accord avec Magnan, Charcot donne aux troubles psychosensoriels d'un malade qui se plaignait de sentir de mauvaises odeurs et d'avoir des visions de femmes.

« Les hallucinations olfactives s'étaient développées de très bonne heure, et certaines odeurs imaginaires provoquèrent l'érection ; c'est là sans doute la cause des visions de femmes à la suite d'une sensation olfactive favorable à l'excitation sexuelle ».

Cette sorte d'olfaction visuelle semble en effet s'expliquer d'après Charcot et Magnan par l'influence de certaines odeurs sur l'appareil génital et le réveil simultané de l'image de la femme : « la représentation visuelle surgit avec la représentation olfactive. » (12).

II. MOUVEMENT. — Physiologie normale. — Le mouvement naît dans le cerveau par l'entrée en action des cellules pyramidales qui se trouvent dans une région spéciale, dite région motrice, qui chevauche la scissure de Rolando. Les centres moteurs sont pour le membre inférieur dans le tiers supérieur des circonvolutions pré et postrolandiques et dans le lobule paracentral, — pour le membre supérieur dans le tiers moyen des circonvolutions pré et postrolandiques, les mouvements du bras correspondant à la partie prérolandique, — pour la face dans le pied des circonvolutions pré et postrolandique, très près donc du centre du langage, — pour les mouvements des yeux dans la partie du lobule pariétal inférieur, intermédiaire aux scissures sylvienne et parallèle (41).

Les incitations motrices de l'écorce sont conduites par le faisceau pyramidal, qui s'entrecroise, aux

noyaux protubérantiels, bulbaires ou médullaires des nerfs qui commandent aux muscles du côté opposé.

Des fibres d'association, qui réunissent les centres moteurs aux centres sensitifs ou sensoriels expliquent la possibilité des mouvements qui apparaissent après les diverses sensations.

En ce qui concerne le mouvement volontaire, Charcot adopte l'opinion des psychologues ses contemporains, Spencer et Bain. Il admet que tout mouvement volontaire est précédé avant de s'accomplir, de l'image même de ce qu'il sera. Cette représentation motrice, cette image du mouvement à exécuter se localise dans les cellules des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes et du lobule paracentral.

« J'ai été conduit (15) à admettre, avec bon nombre d'auteurs, que les représentations motrices qui précèdent l'accomplissement d'un mouvement volontaire s'effectuent dans les centres moteurs corticaux, où elles trouvent leur substratum organique et plus précisément dans les cellules nerveuses motrices de ces centres ; elles seraient principalement constituées par le sentiment d'innervation de décharge nerveuse, comme on l'appelle encore, et auraient, je le répète, une origine centrale. »

« Le mouvement volontaire (16) a sa condition essentielle dans les cellules des centres moteurs de l'écorce, où est emmagasiné le sentiment d'innervation, de décharge nerveuse. Les impressions périphériques venues de la peau, des tendons, des capsules, des muscles ou sens musculaire ou sens kinesthésique, s'emmagasinent dans les centres sensitifs corticaux. L'intégrité des cellules des centres moteurs est indispensable. Celle des centres sensitifs perfectionne le mouvement, le régularise, mais la lésion de ces centres sensitifs n'empêche pas le mouvement. Le centre sensitif est un appareil de perfectionnement. Le centre moteur est un appareil de mouvement. »

« Seules les premières de ces représentations (15) seraient véritablement indispensables à la mise en jeu du mouvement voulu ; les secondes interviendraient en général, seulement d'une façon consécutive, mais très efficacement cependant, en complétant, dirigeant, perfectionnant pour ainsi dire le mouvement déjà en voie d'exécution. On sait d'ailleurs par de nombreux exemples que l'image visuelle

d'un mouvement volontaire qui s'exécute contribue puissamment à ce dernier résultat. D'après cela, si les représentations, soit kinesthésiques, soit visuelles persistant, les représentations motrices proprement dites, venaient à faire défaut en conséquence d'une lésion survenue dans les cellules nerveuses du centre moteur cortical d'un membre, ou dans les prolongements qui les mettent en rapport avec les centres d'idéation, il s'en suivrait nécessairement une paralysie complète des mouvements volontaires de ce membre ».

**Physiologie pathologique.** — Les lésions inhibitrices des centres moteurs ou du faisceau pyramidal donnent des paralysies, leurs lésions irritatives donnent des contractures, quelles que soient leur nature organique ou inorganique.

1° *Paralysie.* — On ne s'occupera ici que de la paralysie hystérique. Elle est due à la perte de l'image motrice qui précède normalement toute excitation d'un mouvement volontaire, à ce qu'un médecin de Montpellier, nommé Janet, avait déjà en 1789 appelé la perte du souvenir de la force motrice.

« C'est dans le siège des opérations psychiques, dans l'écorce cérébrale, en d'autres termes, que le phénomène des paralysies psychiques (hypnotisme, traumatisme, suggestion) se passe évidemment. L'idée du mouvement, c'est déjà le mouvement en voie d'exécution. L'idée d'absence du mouvement, c'est déjà si elle est forte, la paralysie motrice réalisée. Tout cela est parfaitement conforme aux données de la psychologie nouvelle. La paralysie ainsi produite peut donc être dite idéale, psychique, par imagination, mais non imaginaire. Il ne faut pas croire, comme un vain peuple pense, que l'idée soit toujours chose fluctuante et légère, que le vent emporte. Il y a des images faibles et des images fortes. Il y a des idées fixes, tellement fixes qu'on ne peut se soustraire à l'obsession dont elles vous poursuivent : cela est surabondamment connu en pathologie mentale ».

Théoriquement, la lésion dynamique du centre moteur et des prolongements qui le mettent en rapport avec les centres d'idéation devrait entraîner une paralysie pure, sans trouble de la sensibilité. Mais la clinique montre que toujours les centres sensitifs cor-

respondants sont intéressés. La paralysie de l'appareil fondamental du mouvement volontaire entraîne avec elle en quelque sorte la paralysie de l'appareil de perfectionnement (15). Cette paralysie retentit même par diffusion sur les noyaux gris sous-corticaux (16) bulbaires, spinaux. D'où la paralysie s'accompagne de perte du sens musculaire, et de perte des mouvements automatiques.

« Dans les lésions organiques corticales, les foyers, toujours assez limités, se distribuent nécessairement toujours un peu au hasard sur les régions motrice et sensitive de l'écorce, qui sont distinctes et distantes les unes des autres, tandis que les lésions dynamiques hystériques, c'est du moins ce que je crois devoir proposer d'admettre, sont diffuses et affectent simultanément d'une façon systématique en quelque sorte les régions motrice et sensitive, qui sont physiologiquement intéressées dans l'accomplissement du mouvement de telle ou telle jointure. C'est ainsi que, la clinique le démontre, les anesthésies dans les paralysies hystéro-traumatiques sont comme l'impuissance motrice disposées par segments, par régions articulaires, et nullement suivant la distribution des nerfs périphériques (28) ».

C'est dans l'écorce grise de l'hémisphère cérébral du côté opposé à la paralysie de la zone motrice du bras, que siège la lésion dynamique. Elle s'étend en arrière des circonvolutions aux parties adjacentes du lobe pariétal, puisqu'il y a anesthésie.

L'émotion peut expliquer la paralysie par l'amnésie qu'elle entraîne. L'amnésie du sujet, concernant l'accident, amène la paralysie.

« Après une période d'incubation, de cérébration, de mentation, d'idéation inconscientes ou subconscientes (18). On peut comparer le processus dont il s'agit à une sorte d'action réflexe, dans laquelle le centre de l'arc diastaltique est représenté par les régions de l'écorce grise où s'opèrent physiologiquement les phénomènes psychiques relatifs aux mouvements volontaires des membres. En raison de la dissociation facile de l'unité mentale du moi, dans les cas de ce genre, ces centres peuvent être mis en jeu, sans que les autres régions de l'organe psychique en soient averties et appelées à prendre part au processus. »

Voici ce qu'il écrit de la paralysie hystérique produite par suggestion :

« Quand, chez le sujet somnambulisé, on suggère par la parole l'idée d'impuissance motrice d'un membre (19), et qu'on voit cette idée se réaliser effectivement sous la forme spéciale de paralysie, on ne peut guère, dans l'état actuel de la science, se refuser d'admettre que cela dépend d'une lésion dynamique affectant celles des zones motrices et sensitives de l'écorce grise cérébrale qui, à l'état normal, président au fonctionnement volontaire du membre. On est du même coup conduit en conséquence à proposer, comme une hypothèse très plausible, qu'un processus analogue produise la paralysie dans les émotions. »

Chez les individus hypnotisés, une simple injonction suffit à déterminer une paralysie quelconque qui s'accompagne d'anesthésie habituellement.

Le traumatisme peut produire par le choc émotif un état cérébral analogue à celui de l'hypnotisme (20). Et alors, la paralysie traumatisme psychique se développe non pas par injonction, mais par autosuggestion, l'engourdissement senti par le membre traumatisé éveillant dans l'esprit du sujet l'idée qu'il va être paralysé. Le choc périphérique joue le rôle de l'injonction.

Dans tous les cas, qu'il s'agisse de suggestion directe, d'autosuggestion, de traumatisme, d'émotion, il y a paralysie, parce qu'une lésion dynamique se produit dans les centres d'idéation qui supprime les représentations motrices du membre, qui (d'après Charcot nous l'avons vu) devaient précéder toute exécution de mouvement. Il s'agit d'un trouble fonctionnel dynamique, dont la localisation cérébrale dépend du siège périphérique du traumatisme ou de la lésion qui a provoqué l'émotion.

Ces paralysies psychiques respectent toujours la face, d'après Charcot, comme si les cellules corticales de la partie inférieure de la région rolandique étaient réfractaires aux lésions dynamiques inhibitoires !

2° *Contracture*. — Elle est due à une lésion irritative, organique ou dynamique. Celle-ci donne la contracture hystérique, qui est très fréquente. L'hysté-

rie est une diathèse de contracture, un état d'opportunité de contractures. Au moindre prétexte, la contracture apparaît chez ces malades. En voici l'explication :

« On peut admettre (21) que, dans l'hystérie, il y a un état purement dynamique des filets du faisceau pyramidal et des cellules où ils prennent leur origine, ayant pour conséquence la cessation de la fonction normale d'inhibition et l'exagération de l'excitabilité des cellules motrices. »

C'est donc à une inhibition dynamique des cellules corticales, inhibition dont le mécanisme est le même que pour les paralysies, qu'est due la contracture. Il en résulte une modification spéciale de l'activité des centres nerveux, comparable à celle que produit la strychnine (22).

On sait que Charcot distinguait trois degrés dans l'hypnotisme : la léthargie, la catalepsie et le somnambulisme. Un des caractères distinctifs entre les degrés extrêmes consistait, d'après lui, dans le fait qu'à l'état somnambulique, en frôlant un membre en même temps qu'on ordonnait au sujet de le fléchir, on obtenait une contracture en flexion, tandis que, pour obtenir cette contracture pendant l'état de léthargie, il fallait mouvoir le membre du sujet et lui imprimer cette attitude contractée. Voici l'interprétation physiologique :

« La contracture léthargique, celle qui mérite de conserver le nom de phénomène d'hyperexcitabilité neuromusculaire, aurait pour chemin l'arc diastaltique musculaire, tandis que la contracture somnambulique suivrait la voie de l'arc diastaltique cutané (22).

De même, voici le mécanisme de l'influence thérapeutique de l'émotion et de la suggestion sur ces contractures.

« Elles font naître une idée prédominante qui fait réapparaître l'excitabilité normale dans les centres moteurs et, en conséquence, dans les fibres du faisceau pyramidal. Par suite, il y a rétablissement de l'inhibition normale et, en conséquence, l'excitabilité exagérée des cellules motrices spinales cesse d'exister. » — « Personne mieux que moi (23)

ne reconnaît, ajoute-t-il, la faiblesse de plusieurs points de ces explications pour rendre compte physiologiquement des contractures hystériques. »

En somme, la contracture hystérique est due à un strychnisme, qui prédomine du côté hémianesthésié, mais existe un peu partout (24).

III. PENSÉE. — *Physiologie normale.* — Adepte de la psychologie associationiste, Charcot lui apporte le concours des données anatomocliniques. Les idées que nous nous faisons des choses résultent de la collection des sensations fournies par les impressions que les choses font sur nos sens. Les diverses sensations que nous avons d'un objet sont tellement dépendantes entre elles que l'apparition de l'une évoque toutes les autres pour les raisons suivantes.

Chaque sens aboutit sur l'écorce cérébrale à un centre perceptif, les divers centres perceptifs, visuels, auditifs, olfactifs, gustatifs, tactiles, existent sur chaque hémisphère. Ils conservent sous forme d'images spécifiques l'ébranlement des impressions sensorielles, donnant les sensations. De ces centres partent des voies centripètes et centrifuges, aboutissant à un centre supérieur ou centre d'association des idées I. C. C'est dans I. C. que se constitue l'idée de l'objet par la rencontre de toutes ses images sensorielles. L'idée dès lors peut être éveillée par une vibration d'un centre perceptif quelconque, sous l'impulsion de cet objet ou de son souvenir. A son tour, elle peut réveiller n'importe quelle image sensorielle de cet objet. L'idée de cloche par exemple est fournie par l'addition de sa sonorité, de sa forme, de son relief, de sa couleur et de sa consistance.

A côté du toucher, Charcot distingue le sens musculaire. Pour lui, c'est un sens analogue aux autres, dont les voies sont centripètes, apportant à l'écorce les sensations des mouvements exécutés. Les fibres centripètes recueillent donc les impressions que déterminent les changements dans l'état des muscles. Son rôle est surtout important, comme on le verra, dans



le langage. Et pour la genèse de la pensée humaine, il est beaucoup plus important que le goût et l'odorat.

Suivant que l'idée, pour se former, recourt de préférence à telle ou telle catégorie d'images mentales, on distingue les types psychologiques suivants : les visuels, qui se représentent visuellement les objets auxquels ils pensent, comme les peintres par exemple ; les auditifs, qui se les représentent auditivement, comme les musiciens ; les moteurs, qui se les représentent à l'aide des impressions que leur sens musculaire leur en donne, comme les aveugles ; enfin les indifférents, qui pensent à l'aide de toutes les images, sans préférence pour aucune. L'auteur cite le cas d'un visuel qui, devenu neurasthénique, perdit la vision mentale (7) et fut de ce fait considérablement gêné dans ses processus intellectuels, avant de s'être créé une nouvelle formule psychologique.

Charcot en outre enseignait, comme le dit Ballet (39) que, d'une façon générale, l'idée la plus abstraite se présente sous la forme d'une image visuelle chez tous les individus, quel que soit leur type psychologique, et que d'ailleurs l'image visuelle est par essence représentative des choses, tandis que l'image auditive est représentative des signes, des mots. Nous invoquons, quand l'idée de Dieu nous vient à l'esprit, une image visuelle qui exprime, plus clairement que l'image verbale, l'idée dont il s'agit.

En tous cas, l'idée se constitue indépendamment du langage et ne lui est pas subordonnée. Sans cela, les sourds-muets, qui n'ont pas été instruits, n'auraient pas d'idées. Aussi, la perte du langage ne comporte-t-elle pas une atteinte de l'intelligence. L'aphasique n'est pas un dément.

Les faisceaux de fibres d'association, qui réunissent entre eux les centres perceptifs, établissent entre eux une solidarité, grâce à laquelle les perceptions de l'homme normal se complètent rapidement. De plus, les centres perceptifs sont réunis aux centres moteurs, comme on l'a déjà vu. Et ceux-ci, comme les précédents, sont réunis aux centres d'association des idées.

Les sensations et l'intelligence peuvent donc commander les mouvements.

Nous avons déjà dit que ces centres perceptifs sont bilatéraux; on a vu leur emplacement au chapitre de la Sensation. Le centre de l'association des idées est vraisemblablement dans le lobe frontal gauche.

C'est l'intégrité de ce centre d'association des idées et de ses relations avec les centres perceptifs qui conditionne les processus normaux de la pensée, c'est-à-dire l'intelligence.

**Physiologie pathologique.** — Une lésion dynamique ou organique de ces régions entraînera donc des troubles de la mémoire, de l'association des idées, du jugement et des perceptions.

Par exemple, l'irritation de la région de représentation corticale sensitive d'un segment du corps par une excitation des nerfs de celui-ci, provoque une sensation douloureuse accompagnée de la représentation de ce segment, c'est-à-dire d'hallucination, si l'organe a été amputé. Ainsi, la névrite du moignon d'un amputé peut donner naissance à l'illusion de la main-fantôme douloureuse (48).

« Tout en reconnaissant un rôle important à l'excitation périphérique dans la production de ces hallucinations, nous devons proclamer que c'est évidemment surtout dans le substratum des fonctions psychiques que se produit la partie la plus importante du phénomène. » (49).

En ce qui concerne la psychiatrie, on a déjà remarqué que Charcot ne s'en est occupé que d'une façon accessoire. Néanmoins, son œuvre comporte d'utiles enseignements pour les psychiatres, comme on l'a indiqué ailleurs (50).

Il n'a jamais traité explicitement la question de la physiologie des troubles mentaux. Incidemment, il a émis des hypothèses qui sont mieux à leur place au chapitre du langage et de la sensation. Il suffira ici de citer ce passage concernant un malade qui, à la suite de chagrin, avait perdu la vision mentale,

« La suppression possible et réalisée de tout un groupe de souvenirs, d'images commémoratives sans participation des autres groupes est un fait capital en pathologie, aussi bien qu'en physiologie cérébrales. Il conduit nécessairement à admettre que ces groupes divers de souvenirs ont leur siège dans certaines régions déterminées de l'encéphale. Et il ajoute aux preuves qui établissent, d'autre part, que les hémisphères du cerveau consistent en un certain nombre d'organes différenciés, dont chacun possède une fonction propre, tout en restant dans la connexion la plus intime avec les autres. Cette dernière proposition est d'ailleurs aujourd'hui généralement admise par ceux qui étudient les fonctions du cerveau, non seulement chez les animaux dans le laboratoire, mais encore et surtout chez l'homme par les procédés de la méthode anatomoclinique. » (7).

IV. LANGAGE. — Physiologie normale. — Le langage est une fonction composée de quatre fonctions élémentaires, ayant chacune un centre. Deux de ces fonctions sont réceptrices, c'est-à-dire, permettent à l'individu de comprendre la pensée d'autrui. Deux autres sont transmissives, c'est-à-dire, permettent à l'individu de faire comprendre sa pensée à autrui. Les signes de cette pensée sont les mots qu'on entend et lit (fonction de réception), et qu'on prononce et écrit (fonction de transmission).

Les quatre centres du langage ou de la mémoire verbale ne sont que des départements différenciés dans les centres perceptifs et moteurs. En C. A. M. est le centre de la mémoire auditive, verbale, ou image auditive du mot. En C. V. M. est le centre de la mémoire visuelle verbale ou image visuelle du mot. En C. L. A. est le centre de la mémoire ou image motrice d'articulation, c'est-à-dire des mouvements que les lèvres, la langue et le larynx doivent faire pour prononcer. En C. L. E. est le centre de la mémoire ou image motrice d'écriture, c'est-à-dire des mouvements graphiques que la main doit faire pour écrire. Dans le centre d'association des idées, I. C., l'image auditive du mot s'associe aux images visuelle, motrice, d'articulation et motrice graphique du mot, ainsi qu'aux diverses images sensorielles de l'objet désigné par le

mot. Une seule des images du mot réveillera les autres, ainsi que les qualités concrètes de l'objet qu'il désigne. Un couple est ainsi constitué, dans lequel le mot peut faire l'office de l'idée dont il est dès lors le substitut.

Par suite des efforts de prononciation du mot entendu par l'enfant, l'image auditive du mot va se répercuter sur un centre situé à la partie postérieure de la 3<sup>e</sup> frontale gauche, qui devient apte à coordonner les mouvements réalisateurs de la parole extérieure. Ici, contrairement à ce que nous avons vu pour le mouvement, Charcot nous présente ces images ou représentations de mouvements, comme centripètes et résultant des impressions périphériques que détermine l'exécution des mouvements. De même, les cellules du centre visuel verbal conservent l'ébranlement et la vibration du mot écrit, c'est-à-dire l'image visuelle du mot. Ce centre de la lecture est en rapport avec le centre d'association des idées et avec le centre auditif verbal, si bien que la vue du mot écrit ne réveille pas seulement l'image visuelle, mais encore l'image auditive du mot et l'idée de l'objet désigné. Le centre de la mémoire motrice graphique est celui qui commande aux mouvements coordonnés de la main écrivante. Les cellules gardent, sous forme de résidu, le souvenir des actes nécessaires à la représentation graphique du mot. Grâce aux rapports que ce centre a avec les autres, ce souvenir moteur, qui d'abord n'était éveillé que par la vue du mot écrit, peut, avec les progrès, l'être par l'image auditive ou par l'idée de l'objet. Cela grâce aux connexions de C. L. E. avec C. A. M. et I. C.

Les représentations mentales des mouvements d'articulation ont leur place marquée parmi les phénomènes constitutifs du langage intérieur, à côté des représentations auditives et visuelles. Chez certains individus, elles prédominent. Dans certains cas, les représentations mentales des signes engendrés par le toucher et le sens musculaire, qu'on peut désigner du terme générique d'images graphiques, ont un rôle important dans le langage intérieur.

Ces centres du langage n'existent que dans l'hémis-

phère gauche des gens droitiers, dans l'hémisphère droit des gauchers. Le centre des mouvements d'articulation, ou de Broca, est dans le tiers postérieur de la 3<sup>e</sup> frontale. Celui des images visuelles verbales est dans le lobe pariétal inférieur, avec ou sans participation du pli courbe. Celui des images auditives verbales est dans la 1<sup>re</sup> temporale. Celui des mouvements d'écriture est dans le pied de la 2<sup>e</sup> frontale.

En elles-mêmes, les images verbales différentes se valent ; mais leur importance pour un individu donné est fonction du type psychologique moteur, auditif ou visuel, auquel il appartient.

**Physiologie pathologique.** — Les troubles de la fonction du langage varient suivant la nature des lésions qui atteignent ces centres.

1<sup>o</sup> *Les lésions organiques destructives* donnent l'*aphasie*. — Quand elles sont corticales, elles sont macroscopiquement visibles. Quand elles sont sous-corticales, elles n'apparaissent pas à l'extérieur à première vue.

L'aphasie est une amnésie, car le langage n'est qu'une spécialisation de la mémoire. Et cette amnésie peut exister sans qu'il y ait atteinte de l'intelligence.

« Dans la physiologie, ou mieux dans la physiologie pathologique du mot, il y a à distinguer actuellement 4 éléments. Lorsqu'il y a suppression de la mémoire de l'articulation des mots, c'est l'aphasie motrice d'articulation, ou aphasie de Broca, qui se présente. Lorsqu'il y a suppression de la mémoire, qui permet de représenter les mots par l'écriture, on dit qu'il y a agraphie, et j'ai pu dire ailleurs que l'agraphe c'était l'aphasie motrice de la main. Il y a cécité verbale quand le sujet, non privé de la vision des caractères écrits, est cependant devenu incapable de comprendre la signification des mots qu'il voit écrits ou imprimés. Enfin, quand un sujet qui n'est pas sourd entend qu'on lui parle et ne comprend pas cependant la signification des mots qui viennent frapper son oreille, c'est qu'il est privé de la mémoire auditive du mot, et on dit qu'il est atteint de surdité verbale. » (8).

Mais le plus souvent, l'aphasique en clinique présente une combinaison plus ou moins grande de ces diverses sortes d'aphasie, combinaison qui dépend de

l'étendue des lésions vasculaires, cause habituelle du syndrome.

Les aphasies centripètes ou de réception sont celles où le malade ne comprend plus les mots. Elles sont produites par une lésion des centres sensoriels verbaux : surdité verbale et cécité verbale. Les aphasies centrifuges ou de transmission sont celles où le malade ne sait plus articuler ou écrire les mots pour se faire comprendre. Elles sont produites par une lésion des centres moteurs verbaux : aphasie motrice et agraphie.

La lésion d'un centre peut se présenter sous deux aspects cliniques différents suivant qu'elle est profonde ou superficielle. Par exemple, l'amnésie verbale auditive ou difficulté à se rappeler les mots, comme on le constate chez les vieillards, est en rapport avec une lésion directe du centre de la mémoire auditive verbale, tandis que la surdité verbale vraie est la preuve d'une lésion plus grave. De même, une légère atteinte des centres du langage peut donner une aphasie limitée à une langue chez un polyglotte.

« Les souvenirs des mots s'effacent, se reconstituent suivant les lois qui président à la dissolution et à la reconstitution des phénomènes de la mémoire. »

Mais une lésion étant donnée, il est impossible de savoir quel type d'aphasie sera produit si l'on ne connaît pas le type psychologique sensoriel ou moteur du sujet. Inversement, on ne peut prévoir la lésion d'un aphasique que si l'on possède la même connaissance. En effet, une lésion du centre visuel verbal par exemple, ne donnera, chez un auditif qui pense surtout par images auditives, qu'une cécité verbale simple ; au contraire, chez un visuel qui pense surtout avec des images visuelles, elle donnera, outre la non-compréhension des mots écrits (cécité verbale), des troubles de la compréhension des mots prononcés (surdité verbale), de l'articulation des mots (aphasie motrice) et de l'écriture (agraphie).

2° *Les lésions dynamiques inhibitrices* des centres du langage donnent l'*aphasie hystérique*. — Le *mutisme* hystérique, qui est le seul qu'ait étudié Char-

cot, neurologue et non psychiatre, est considéré par lui comme la conséquence d'une inhibition du centre de Broca (14).

« Dans le mutisme hystérique, le trouble du langage qui existe, c'est l'aphasie motrice, l'aphasie de Broca, sans accompagnement d'agraphie ou de tout autre trouble du langage, tandis que l'aphasique organique est toujours plus ou moins agraphique et atteint en même temps, à un certain degré, de surdité ou de cécité verbales.

« ...L'aphasie hystérique est une affection systématisée, étroitement localisée dans certaines régions relatives à la physiologie du langage, respectant les autres régions intéressées dans ce même fonctionnement. La lésion organique n'est point répartie de la même façon, elle s'étend de côté et d'autre, un peu au hasard, affectant simultanément des régions limitrophes, mais physiologiquement distinctes. Si vous vous rappelez la distribution des branches de l'artère sylvienne, il vous sera facile de comprendre que l'oblitération d'une des principales branches de ce vaisseau aura presque nécessairement pour effet, s'il s'agit du côté gauche, de compromettre, à un moment donné, du même coup, tous les éléments de la faculté du langage sans distinction. Ce n'est que consécutivement, par un rétablissement partiel par la voie des collatérales que tel ou tel des centres relatifs au langage pourra se dégager peut-être et reprendre son fonctionnement normal. Dans l'hystérie, la sélection est primitive, toujours la même, et c'est pour cela qu'au point de vue physiologique ces cas sont si particulièrement intéressants, à cause des dissociations parfaites qu'on y observe, d'éléments autrement presque toujours confondus. » (9).

Plus tard, Charcot fut moins catégorique sur le caractère exclusivement moteur et oral de l'aphasie hystérique et admit que le mutisme pût se compliquer d'agraphie, peut-être même de cécité ou surdité verbales (11).

3° *Les lésions irritatives, organiques ou dynamiques* peuvent donner naissance à des *hallucinations verbales auditives*.

Un éréthisme particulier est pour Charcot et Magnan la condition des obsessions et des impulsions verbales des dégénérés onomatomanes. Cet éréthisme cortical,

quand il diffuse des centres du langage sur les centres moteurs, détermine l'adjonction de tics aux obsessions et impulsions verbales. Sa diffusion sur la sphère tactile provoque des sensations bizarres exprimées plus par la mimique du malade que par ses paroles.

« La recherche angoissante du mot ne laisse de repos au sujet qu'au moment où le mot retrouvé donne satisfaction au centre cortical qui le réclame. — Dans l'impulsion obsédante du mot à prononcer, le mot se place au premier plan dans le centre perceptif, dépositaire des images tonales, et provoque parfois, sans nul retard, la décharge du centre moteur d'articulation. L'éréthisme de ce centre est tel qu'il échappe, sinon au contrôle, du moins à l'influence modératrice des centres supérieurs. Parfois, le malade parvient à réprimer l'impulsion, se lève, et, se retirant dans un coin, expulse à voix basse cette image verbale obsédante... D'autres fois, l'impulsion est tellement rapide et imprévue que, s'intercalant brusquement dans la conversation, le mot s'échappe avec l'irrésistibilité du tic... Dans ce cas, l'image tonale est apparue d'emblée sans autre préparation dans le centre moteur, qui l'expulse incontinent... Chez eux, le mot s'accompagne parfois de mouvements ; c'est qu'au mouvement d'articulation s'ajoute le mouvement d'une autre région des centres percepto-moteurs.

Dans certains cas, ce n'est plus seulement un mouvement, mais bien un élément sensitivo-moteur, qui intervient avec le mot. Les mots, et même les bruits, se transforment en véritables corps étrangers, qui s'introduisent dans la bouche, cheminent dans le pharynx, l'œsophage, pour arriver dans l'estomac, provoquant dans tout le trajet un malaise, qui va croissant. Dans l'estomac, la sensation devient très douloureuse, les bruits et les mots, comme les aliments solides, s'accumulent et donnent le sentiment pénible qui suit un repas trop copieux. Aussi le malade s'efforce-t-il, par des efforts d'expulsion et de crachement, de rejeter ces prétendus corps (12) étrangers, comme des substances indigestes. »

V. ACTES COORDONNÉS. — L'exposé du mécanisme, donné par Charcot, à la locomotion permet de se rendre compte de sa conception psychologique des divers actes coordonnés de la vie de relation.



**Physiologie normale.** — La locomotion résulte du concours de diverses fonctions élémentaires : station, marche, saut, etc.; coordonnant chacune pour son but spécial un ensemble de mouvements. Chacune de ces fonctions élémentaires est constituée par un appareil distinct composé lui-même de deux centres nerveux : l'un cérébral, l'autre médullaire.

Le centre médullaire est constitué par la réunion fonctionnelle des cellules qui innervent les divers muscles ayant à participer à l'acte coordonné. Il réalise un rouage dont le fonctionnement est automatique. Il est l'agent d'exécution de l'acte coordonné, agent sans spontanéité et sans mesure, fonctionnant mécaniquement en vertu de la *mémoire organique*, qui actionne ses éléments quand il est excité.

Le centre cérébral est constitué par les cellules de l'écorce. Il est le réservoir de la spontanéité et de la volonté qui déclanchent, accélèrent, ralentissent ou arrêtent le jeu du rouage spinal. C'est en lui que siègent l'idée et la *mémoire psychologique* des ordres à donner pour mettre en branle et régler l'agent d'exécution.

Par exemple, la locomotion se fait par bonds ou par sauts, suivant que c'est l'appareil du saut, ou celui de la marche qui fonctionne.

« Qui eût pu deviner que les divers mécanismes relatifs aux mouvements de progression, tels que la marche, le saut, la danse, la nage, etc., fussent ainsi indépendants les uns des autres qu'ils paraissent l'être dans ce cas, et aussi indépendants d'un autre côté de ceux qui président aux mouvements vulgaires non spécialisés des membres inférieurs ? Un pareil isolement, une semblable autonomie de fonctionnements, en apparence aussi connexes, pouvait-il être prévu *à priori* ? Evidemment non. Que les choses soient réellement ainsi, telle est cependant la conclusion qui s'impose en présence des faits que nous venons d'exposer, et c'est un exemple de plus à citer parmi ceux qui montrent qu'une analyse clinique délicate a souvent le pouvoir de dégager des faits psychologiques autrement condamnés à rester dans le chaos. » (43).

« Suivant toute probabilité, les divers appareils relatifs

à l'exécution des mouvements de la station, de la marche, du saut, etc., comportent chacun deux centres ou groupes cellulaires différenciés, dont l'un siège dans l'écorce cérébrale, tandis que l'autre réside dans la moelle épinière ; ces deux centres étant réunis l'un à l'autre par des fibres commissurales. Le groupe spinal le plus compliqué des deux, sans aucun doute, est chargé de l'exécution automatique inconsciente des actes coordonnés pour l'accomplissement de chaque fonction. Tandis que le rôle relativement beaucoup plus simple du groupe cortical consiste dans l'émission volontaire des ordres prescrivant tantôt la mise en jeu, tantôt l'accélération ou le ralentissement, tantôt enfin l'arrêt définitif des actes exécutés par le groupe spinal correspondant. Dans celui-ci, en d'autres termes, réside la mémoire psychologique des actes sommaires, qu'il faut prescrire, soit pour mettre en jeu l'appareil, soit pour en arrêter le fonctionnement, tandis que la mémoire organique, qui préside à l'exécution, dans tous leurs détails, des mouvements prescrits, réside dans celui-là. Dans chaque cas, il y aura lieu de se demander si l'affection qui vient troubler l'accomplissement du fonctionnement normal doit être cherchée dans l'encéphale ou, au contraire, dans la moelle.

« Je compare quelquefois les groupes cellulaires spinaux relatifs à la marche, au saut, à la danse, etc., aux rouleaux hérissés de pointes des orgues de Barbarie. A la disposition, variable pour chaque rouleau ou pour chaque partie de rouleau, de ces pointes qui actionnent les flûtes, correspondent des airs différents. Les groupes cérébraux corticaux seraient dans cette comparaison représentés par les ressorts qu'il suffit dans l'orgue de déplacer d'une certaine façon pour mettre en action tel ou tel rouleau ou, au contraire, pour en suspendre le mouvement. C'est ainsi que, dans la marche par exemple, le centre spinal correspondant au jeu de ce mécanisme complexe, une fois activé par le centre cortical, continuera à agir automatiquement, jusqu'à ce que survienne l'ordre d'arrêt. On comprend que, dans un appareil de ce genre, le fonctionnement vicieux puisse provenir d'un changement survenu soit dans l'organe de la mise en jeu, soit dans l'organe d'exécution. » (44).

**Physiologie pathologique.** — Comme l'exprime clairement la citation précédente, une lésion cérébrale ou spinale amène le même trouble. Par exemple, en ce

qui concerne la marche, il y aura abasie flasque ou trépidante, suivant que cette lésion sera inhibitrice ou irritative.

L'abasie hystérique est une paralysie hystérique systématisée. L'idée de ne pas pouvoir marcher prend le caractère d'une image forte, qui s'objective sous la forme de paralysie ou d'abasie.

« Peut-être n'y a-t-il pas si loin de la paralysie hystérique totale, qui embrasse et annihile pour un temps tous les modes d'activité motrice et sensitive des membres inférieurs, à l'abasie qui, par une sorte de dissection ou d'analyse, n'attaque et ne compromet que ceux des mouvements de ces membres qui sont spécialisés pour un genre particulier de fonctionnement, la marche. L'idée *tu ne peux pas marcher* donne une paraplégie, celle *tu ne sais plus marcher* donne une abasie. » (45).

L'abasie peut être organique. Voici un exemple de lésion organique siégeant dans le cerveau:

« Chez notre homme, l'abasie est organique. Elle figure, je le suppose, comme le résultat de l'extension des lésions primitivement développées dans la capsule interne, et probablement dans les régions antérieures des hémisphères, lésions d'où relèvent l'hémiplégie transitoire, l'hémihyperesthésie et les troubles psychiques... J'ai l'impression que si la démarche à petits pas, bien connue comme s'observant chez certains sujets atteints de ramollissement cérébral en foyer, avec ou sans localisation hémiplégique, était étudiée plus attentivement, on y trouverait probablement, associés peut-être à d'autres troubles moteurs, les éléments du syndrome abasie trépidante. » (46).

Terminons enfin par ces phrases concernant le mécanisme de la récupération de la marche en cas de lésion dynamique réparable.

« Il faudra rééduquer le sujet. Tout cela ne s'acquerra pas, tant s'en faut, sans travail et sans effort, c'est-à-dire anatomiquement et physiologiquement, qu'il devra organiser dans le centre nerveux, pour chacun de ces groupes de mouvements spécifiés, systématisés, différenciés, autant de groupes cellulaires distincts, où résideront désormais les mémoires partielles qui présideront à l'accomplissement de

chacun de ses actes. Que ces groupes cellulaires, dont les éléments histologiques doivent être agencés, coordonnés en vue de la mise en jeu d'un mécanisme spécial, constituent véritablement autant de centres fonctionnellement autonomes, c'est ce que démontrent justement les cas du genre de celui-ci, puisqu'on y voit un de ces groupes plus ou moins profondément atteints, sans qu'il y ait participation aucune des autres. » (42).

VI. LA PSYCHOPHYSIOLOGIE DE CHARCOT ET LA PSYCHOPHYSIOLOGIE MODERNE. — Il conviendrait maintenant de confronter cette œuvre psychophysiologique de Charcot avec les données de la science contemporaine, afin de faire le bilan de ce qui reste de sa doctrine. Cette confrontation extrêmement intéressante serait trop longue pour le cadre de cet article ; car en matière de psycho-physiologie, la vérité est loin d'être communément admise sur tous les points. On ne peut donc ici que signaler les plus gros accords et désaccords.

A. En ce qui concerne la sensation. — L'hypothèse anatomique de l'entrecroisement dans les tubercules quadrijumeaux des fibres optiques homolatérales est reconnue fausse (Déjerine (52), Pierre Marie, Grasset (53), etc.). Mais les localisations admises aujourd'hui pour la sensibilité générale dans la pariétale ascendante, et pour la sensibilité visuelle dans la scissure calcarine ne sont en réalité qu'une précision des idées de Charcot. Psycho-physiologiquement, il est démontré que les processus associatifs qui donnent naissance à la sensation n'ont pas pour siège unique le centre cortical de la sensibilité. Les travaux de Head (54), et Foix, de Piéron (55), confirmés par les recherches cliniques de Pierre Marie et Bouttier (56) ont montré que certains centres sous-corticaux peuvent jouer un rôle associatif analogue, grâce aux voies qui les réunissent directement à une partie de l'écorce autre que celle du centre sensitif. De même, au-dessus du centre cortical de Charcot, il semblerait qu'il existât un centre unilatéral où convergeraient les diverses perceptions pour donner la reconnaissance visuelle ou gnosie des objets [Piéron (55)].

Pathologiquement, l'identité entre l'anesthésie corticale organique et l'anesthésie psychique est démontrée erronée. L'anesthésie corticale organique n'est jamais complète, n'intéresse toujours que quelques modes de la sensibilité le plus souvent profonde. [Verger (57)], Déjerine (52), Pierre Marie (59), Roussy (58), quelquefois superficielle [Déjerine et Mouzon (60)]. La topographie de l'anesthésie corticale organique peut être non seulement segmentaire, mais aussi radiculaire [Déjerine (52)], Cushing (61), Calligaris (62). Une lésion cérébrale hémisphérique ne peut donner que de l'hémianopsie double, et jamais de l'amblyopie monoculaire. Quant à l'anesthésie des hystériques, si on peut l'expliquer physiologiquement [Sollier (63)], du moins l'anatomie ne permet-elle pas d'expliquer par une lésion dynamique, limitée à un seul hémisphère, l'hémianesthésie tactile et sensorielle que décrivait Charcot.

B. En ce qui concerne le mouvement. — Les localisations anatomiques des centres de Charcot sont en partie confirmées. Elles se sont maintenues en ce qui concerne la frontale ascendante seulement. Physiologiquement, le rôle de l'image motrice dans la genèse du mouvement volontaire est nié par la psychologie dynamiste contemporaine. Pathologiquement, la pathogénie de la contracture s'est enrichie du rôle reconnu au sympathique, innervateur du sarcoplasme dans le tonus musculaire [Piéron (64)]. De même, l'isolement du syndrome des troubles nerveux réflexes de Babinski et Froment (65) fit naître chez presque tous les neurologistes de nouvelles interprétations pathogéniques concernant certaines paralysies ou contractures crues hystériques par Charcot. Remarquons à ce propos que dans cet article, où il ne s'agit que de superposer fonctionnement nerveux et fonctionnement mental, il n'y a pas lieu de confronter la doctrine de l'hystérie de Charcot avec celles de Babinski, Bernheim, Janet, Hartenberg et autres.

C. En ce qui concerne la pensée. — La localisation de l'intelligence dans un point donné du cerveau n'est presque plus admise. Comme le dit Piéron (55), on ne

peut pas plus localiser les facultés intellectuelles sur des régions circonscrites qu'on ne peut localiser dans les organes d'une machine ses qualités de vitesse, de rendement, de marche régulière, silencieuse, etc. Psycho-physiologiquement, il est évident que la pensée concrète se fait à l'aide d'images; mais le concept image ne doit plus comporter les attributs statiques qu'il a dans Charcot. Les images ne survivent pas toutes formées dans la mémoire, qui serait un magasin où elles resteraient imperceptibles dans l'obscurité de l'inconscience, jusqu'à l'instant où la lumière de la conscience vient les éclairer. Les images sensorielles disparaissent après chaque évocation, mais elles se réforment avec facilité lors des évocations ultérieures. L'image entité statique de la psychologie traditionnelle doit se résoudre, selon la comparaison très lumineuse de Piéron (55), en un système dynamique, comme l'atome de la chimie traditionnelle s'est résolu en un système d'électrons.

D. En ce qui concerne le langage. — La ruine actuelle des localisations n'est pas aussi considérable qu'on le pourrait croire, à première vue, après la révolution de Pierre Marie (66); car tout le monde est d'accord pour admettre qu'un seul hémisphère, le plus souvent le gauche, préside à cette fonction. En somme, ce n'est que sur l'étendue de la zone intéressée de cet hémisphère que les avis divergent. Psycho-physiologiquement, l'entente est loin d'être faite, comme l'a encore montré la récente discussion du rapport de Froment. Les uns admettent, avec plus ou moins de netteté, l'existence de toutes les images décrites par Charcot [Piéron (68), Wernicke, Lichtheim, Déjerine (52); Grasset (53), Ballet, Laignel-Lavastine, Claparède (67), Van der Vloet (68)]. D'autres la nient: les médecins Pierre Marie (66) et ses élèves Moutier, Foix, etc., Hartenberg (68), Hesnard (68), le psychologue Bergson (63). Froment (68) ne conserve que les images auditives et visuelles, mais nie les motrices. Quercy (68) prétend pouvoir soutenir contre Froment que le langage oral n'exige pas l'intervention d'images auditives, et qu'au contraire les images verbales cons-

cientes chez beaucoup de sujets sont motrices. Le même désaccord règne en pathologie.

E. En ce qui concerne les actes coordonnés. Le schéma de Charcot, opposant le centre cérébral de la volition au centre du rouage spinal d'exécution n'a fait que s'enrichir par l'interposition d'autres centres situés dans le thalamus, le corps strié, le cervelet. Ces centres intermédiaires ont chacun leur action propre sur le rouage médullaire. Sans leur intervention, celui-ci fonctionnerait mal ou pas du tout. Tout acte coordonné, selon la parole de Monakow, est une mélodie kinétique, dont les accords naissent à des niveaux différents du névraxe.

A ce propos, remarquons que si Charcot n'a pas décrit l'apraxie, c'est en continuant sa doctrine que Ballet et Laignel-Lavastine (70) en arrivèrent à considérer l'aphasie comme une apraxie spécialisée. Et la connaissance clinique qu'il eut du syndrome nous est révélée par l'observation qu'il donna à ses élèves d'un joueur de trombone, qui avait perdu uniquement le souvenirs des mouvements associés de la bouche et de la main, nécessaires au jeu de l'instrument (51).

VII. CONCLUSIONS. — En somme, ce qui a péri dans l'œuvre psychophysiologique de Charcot est ce qui fut construit contrairement aux préceptes de la méthode qu'il préconisait lui-même après Claude Bernard: observer d'abord les troubles morbides et n'en tenter qu'ensuite l'explication physiologique. « La méthode inverse, qui consiste à partir de l'anatomie et de la physiologie, pour en déduire les conditions de la maladie, est pleine de dangers, hérissée d'écueils. Ne nous laissons pas séduire par les notions élégantes, les aperçus ingénieux qu'elle peut suggérer; car l'expérience démontre que, trop souvent, elle a conduit à une pathologie imaginaire, toute de convention et ne répondant en rien à la réalité des choses (72). »

Or, précisément, quand ils croyaient faire de la médecine expérimentale avec l'hypnotisme et la suggestion, Charcot et ses contemporains ne faisaient en réalité qu'exprimer, sans s'en rendre compte, leurs

conceptions théoriques de la physiologie nerveuse. Les troubles soi-disant morbides qu'ils suggéraient au patient n'étaient que la figuration de leur propre théorie, et celui-ci en construisait une pathologie imaginaire. Ils portaient donc en réalité de l'interprétation physiologique et non de l'observation pathologique.

Mais cette partie définitivement ruinée de la psychophysiologie de Charcot est relativement peu étendue. Elle se limite, non pas à l'hystérie tout entière, mais à ceux de ces faits que Babinski a si heureusement qualifiés de pithiatiques. Si, par ailleurs, certains de ses points de vue sont contestables : image motrice, théorie de l'aphasie, etc., et si certains autres sont trop schématiques : langage, sensation, mouvement, actes coordonnés, etc., du moins doit-on reconnaître qu'aujourd'hui encore sa doctrine projetée sur la question toujours, aussi embrouillée, et peut-être éternellement insoluble, du mécanisme de la pensée, une très grande clarté.

Notre conscience ne saisit jamais qu'une infime parcelle de nos processus mentaux, et encore ne le fait-elle toujours que d'une façon plus ou moins illusoire. Prétendre appréhender l'exacte réalité de ce qui se passe dans notre subconscience est à l'heure actuelle une outrecuidance. Mais renoncer à chercher est impossible. Gardons par conséquent notre reconnaissance aux flambeaux qu'on alluma pour éclairer cette fouille, tout en nous méfiant des reflets trompeurs qu'ils engendrent. Le moins que l'on puisse dire de la psychophysiologie de Charcot, c'est que sans elle, il est probable que les doctrines qui suivirent n'auraient pas pu se former, et que, presque certainement, nous ne serions pas en mesure de les comprendre.

#### BIBLIOGRAPHIE

- (1) *Œuvres de CHARCOT*, t. IV, p. 187. — (2) Leçon inaugurale de la chaire des maladies nerveuses, *Progrès médical*, 1882. — (3) *Œuvres de CHARCOT*, t. III, p. 16. — (4) *Œuvres de CHARCOT*, t. IV, p. 3. — (5) *Œuvres de CHARCOT*, t. III et IV et *Leçons du Mardi*, t. I et II. — (6) CHARCOT, *Differenti*



forme d'Afasia, Milan, 1884, et *Progrès Médical*, 1883. — BALLEST : *Le langage intérieur*, Paris, 1886. — BERNARD : *De l'aphasie et de ses différentes formes*, Paris, 1885. — (7) *Œuvres de CHARCOT*, t. III, p. 192. — (8) *Leçons du Mardi*, t. I, p. 266. — (9) *Leçons du Mardi*, t. I, p. 268. — (10) *Leçons du Mardi*, t. II, p. 250. — (11) *Leçons du Mardi*, I, p. 273. — (12) De l'onomatomanie, CHARCOT et MAGNAN, *Progrès médical*, 1893. — (13) Rapporté par BALLEST, in *Langage intérieur*, p. 134. — (14) *Œuvres de CHARCOT*, t. III, p. 420. — (15) *Leçons sur les paralysies psychiques*, in *Progrès Médical*, 3 oct. 1885 et *Œuvres de CHARCOT*, t. IV. — (16) *Œuvres de CHARCOT*, t. III, p. 464. — (17) *Œuvres de CHARCOT*, t. III, p. 320. — (18) *Œuvres de CHARCOT*, t. III, p. 456. — (19) *Œuvres de CHARCOT*, III, p. 450. — (20) *Progrès Médical*, 1885, p. 250. — (21) *Œuvres de CHARCOT*, t. IX, p. 469. — (22) *Œuvres de CHARCOT*, t. IX, p. 421. — (23) *Œuvres de CHARCOT*, t. IX, p. 470. — (24) *Œuvres de CHARCOT*, t. III, p. 42. — (25) CHARCOT et PITRES, Etude critique et clinique de la doctrine des localisations, *Rev. de méd.*, 1883, et BOYER : *Les localisations cérébrales*, th. de Paris, 1879. — (26) *Leçons du Mardi*, I, p. 227. — (27) *Leçons du Mardi*, t. I, p. 97. — (28) *Leçons du Mardi*, I, p. 256. — (29) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. I, p. 384. — (30) *Progrès médical*, janvier 1886. — (31) *Leçons du Mardi*, t. I, p. 230. — (32) *Leçons du Mardi*, t. I, p. 231. — (33) *Œuvres complètes*, t. IV, p. 123 et 131. — (34) *Leçons du Mardi*, t. II, p. 298. — (35) Leçon sur la médecine d'aujourd'hui et d'autrefois, in *Œuvres*, t. VII. — (36) *Œuvres de CHARCOT*, t. IV, p. 190. — (37) *Œuvres*, t. III, p. 16. — (38) *Œuvres*, IV, p. 3. — (39) BALLEST : *Langage intérieur*, th. d'agrégation, 1886. — (40) *Leçon sur les localisations*, 1880, p. 115. — (41) CHARCOT et PITRES, *Rev. de méd.*, 1883. — (42) *Leçon sur les localisations dans les maladies du cerveau*, p. 42. — (43) *Mardis*, II, p. 359. — (44) *Mardis*, II, p. 368. — (45) *Mardis*, II, p. 376. — (46) *Mardis*, II, p. 479. — (47) *Mardis*, II, p. 360. — (48) COURBON : Le phénomène de la main-fantôme des amputés, *Société de neurologie de Strasbourg*, mars 1925. — (49) *Mardis*, I, p. 353. — (50) COURBON : Charcot et la psychiatrie, *Ann. médico-psychol.*, juin 1925. — (51) BALLEST : *Le langage intérieur*, p. 134. — (52) DÉJÉRINE : *Sémiologie des affections du système nerveux*, Paris, 1914. — (53) GRASSET et RIMBAUD : *Les maladies de l'Encéphale*, 1917. — (54) HEADS : Theory of cutaneous sensibility, *Psycholog. Review*, 1916, et *Journal of comparative Neurology*, 1920. — (55) PIÉRON : *Le cerveau et la pensée*, Alcan, 1924. — (56) PIERRE

MARIE et BOUTTIER : *Rev. neurolog.*, 1922. — (57) VERGER : *Arch. génér. de médecine*, 1909. — (58) ROUSSY, BRANCHE et CORNIL : *Rev. neurolog.*, 1917, t. II. — (59) PIERRE MARIE : *Rev. neurolog.*, 1916, t. II. — (60) DÉJÉRINE et MOUZON : *Rev. neurolog.*, 1915. — (61) CUSHING : *Brain*, 1<sup>er</sup> mai 1909. — (62) CALLIGARIS : *Rev. neurolog.*, 1920. — (63) SOLLIER : *Neurologie de guerre*, Alcan, 1918. — (64) PIÉRON : Tonus musculaire et contracture, in *Presse médic.*, 18 fév. 1918. — (65) BABINSKI et FROMENT : *Hystérie, pithiatisme et troubles nerveux réflexes*, Masson, 1917. — (66) PIERRE MARIE : *Semaine médic.*, 1906, et PIERRE MARIE et FOIX : Les aphasies de guerre, *Rev. neurol.*, 1917. — (67) CLAPARÈDE : Existe-t-il des images verbo-motrices, in *Arch. de psychol.*, 1913. — (68) Discussion du rapport de FROMENT, au Congrès des Aliénistes et Neurologistes, Bruxelles, 1924. — (69) BERGSON : *Matière et Mémoire*. — (70) LAIGNEL-LAVASTINE et BALLET : Aphasie, in *Traité de médecine*, de Brouhardel et Gilbert. — (71) *Œuvres de CHARCOT*, IV, p. 145. — (72) Médecine empirique et médecine scientifique, *Œuvres*, v. VII.

## Les troubles mentaux chez les mécaniciens des chemins de fer et les chauffeurs d'automobiles

Rapport de M. F. PACTET

La Société médico-psychologique a arrêté, dans ces derniers temps, son attention sur la question de l'aliénation mentale chez les employés de chemins de fer et les conducteurs de voitures automobiles. Elle a entendu la relation de faits mettant en pleine lumière le danger que constitue l'existence de troubles mentaux chez le personnel des chemins de fer, attaché à un service dit de sécurité et chez tous ceux qui sont chargés de la conduite de véhicules automobiles sur la voie publique. L'intérêt que la Société a pris à la question, s'est manifesté, dès le mois de juin 1924, à la suite de ma communication relative à deux paralytiques généraux, l'un aiguilleur et l'autre chef de train dans de grandes compagnies de chemin de fer, par la résolution de faire tous ses efforts pour que les autorités prennent les mesures propres à mieux garantir

la sécurité des personnes qui se confient aux différents modes de transports publics.

Et cependant ce n'est pas d'aujourd'hui que ce problème a été posé aux pouvoirs publics. Au commencement de 1911 — il y a donc 14 ans — je faisais remettre au Ministre des Travaux publics, par un de mes collègues du Conseil général du Jura, aujourd'hui sénateur, une note sur l'aliénation mentale chez les employés de chemin de fer. Dans cette note, je signalais que, dans mon seul service de l'asile de Villejuif, pendant la période de 1902 à 1910, j'avais relevé 40 cas d'aliénation mentale chez des agents des diverses compagnies et me livrais à quelques considérations propres à bien mettre en relief les inconvénients de la situation pour des personnes étrangères aux connaissances médicales. Dans les cas de maladie mentale, écrivais-je, le diagnostic précoce de la maladie offre souvent un intérêt exceptionnel pour la sécurité des voyageurs et j'ai parfois reçu dans mon service des agents de l'exploitation atteints de paralysie générale, affection où l'affaiblissement de l'intelligence et de la mémoire est le symptôme prédominant, sans parler de la possibilité d'apparition brusque d'ictus apoplectiformes, d'accès épileptiques et de délire.

Ces malades, alors que la paralysie générale était chez eux depuis plusieurs mois en pleine évolution, n'en avaient pas moins continué à être chargés d'une fonction intéressant la sécurité des voyageurs, comme la manœuvre de signaux réglant la marche des trains. Le diagnostic souvent très délicat de cette maladie, à son début, exige une expérience clinique que ne possède guère qu'un spécialiste des maladies mentales.

Je citais le cas d'un agent d'une grande compagnie, en traitement dans mon service, à l'époque, et qui, atteint de délire mélancolique, accomplissait constamment, sous l'influence d'idées de culpabilité et du désir d'expiation, des actes répréhensibles, dans l'espoir de s'attirer le châtiment qu'il s'imaginait avoir mérité. J'indiquais que cet homme occupait une cabine du block-system et n'avait pas, bien que se trouvant déjà sous l'influence du délire, été relevé de son ser-

vice et faisais ressortir que, sous l'empire de ses troubles mentaux, il était capable de se suicider ou même de provoquer un accident pour encourir un châtiment qu'il recherchait de toute son activité.

Je montrais aussi que l'épilepsie est, dans certains cas, assez difficile à déceler, quand, à l'exclusion d'accès convulsifs, elle ne se traduit que par des absences ou des vertiges, s'accompagnant d'une perte de connaissance de durée variable ou encore par des actes automatiques inconscients et j'insistais sur les conséquences possibles de ces manifestations de la névrose comitiale chez les diverses catégories d'agents et sur l'utilité de les diagnostiquer aussi rapidement que possible.

Et je terminais ainsi : « La plupart des compagnies de chemin de fer ont progressivement développé leur service médical de façon à lui permettre de satisfaire aux exigences qui peuvent résulter de l'état de maladie de leur personnel. C'est ainsi qu'elles ont fait, dans ce service, une place à différentes spécialités; elles se sont attaché des médecins auristes, laryngologistes, des oculistes, des dentistes. Une spécialité cependant a été laissée tout à fait à l'écart: il s'agit de la médecine mentale et cependant l'objet de cette spécialité n'est dénué d'importance ni pour le personnel des compagnies, ni pour la sécurité des voyageurs. »

Deux mois plus tard, le Ministre me disait avoir envoyé aux compagnies une circulaire s'inspirant de la note qui lui avait été remise; il ne semble pas que cette circulaire ait eu un effet bien marqué.

En 1914, revenant sur cette question, à la Société clinique de Médecine mentale, je m'exprimais ainsi : « Au moment où le souvenir de la récente catastrophe de chemin de fer, survenue à Melun, en novembre dernier et qui coûta un nombre respectable de vies humaines, est encore présent à toutes les mémoires, la question de l'aliénation mentale chez les employés de chemin de fer est un sujet d'actualité, surtout lorsqu'il s'agit de la catégorie d'employés chargés d'un service qui intéresse directement la sécurité des voyageurs, tel que la conduite d'une locomotive et la

manœuvre d'aiguilles ou de signaux. Et, à ce propos, si je m'en tiens simplement au nombre d'employés de cet ordre que je vois entrer dans mon service, et qui sont néanmoins restés en fonction alors qu'ils étaient déjà manifestement en puissance de troubles mentaux, on peut se demander si l'administration des chemins de fer attache au diagnostic précoce de l'aliénation mentale, chez ses agents, toute l'importance que comporte le souci de ne laisser au hasard que sa part irréductible dans la production des accidents. Je vous présenterai toute une série de malades qui permettent le doute sur ce point. »

Et c'était d'abord un chauffeur du chemin de fer de l'Etat, atteint de paralysie générale, depuis au moins un an et qui n'en continuait pas moins son service encore pendant plusieurs mois, jusqu'au jour où le mécanicien auquel il était adjoint, le signalait comme malade, à la suite d'une chute avec perte de connaissance, survenue pendant un voyage, sur la locomotive. Il s'agissait sans doute d'un ictus apoplectiforme, accident si fréquent au cours de la méningo-encéphalite.

A l'occasion de cette présentation, le D<sup>r</sup> Auguste Marie dit qu'il avait dans son service 3 chauffeurs paralytiques généraux, un employé de la voie atteint de psychose intermittente avec appoint alcoolique et qu'il avait eu à expertiser un mécanicien, paralytique général ayant été dans deux accidents de chemin de fer, accidents qui étaient dus à la maladie du mécanicien.

Le D<sup>r</sup> Leroy fit connaître qu'il avait reçu à l'asile d'Evreux, un mécanicien paralytique général, dans des conditions assez singulières. Cet homme avait arrêté un jour sa machine en gare de Pacy-sur-Eure et s'était refusé à remettre le train en marche, disant qu'il voulait faire descendre tous les voyageurs et les inviter à déjeuner avec lui à ses frais. La maladie devait être évidente depuis plus de six mois, d'après l'état du malade.

Le D<sup>r</sup> de Clérambault dit avoir interné un paralytique général qui n'avait cessé son service que depuis

quatre jours et qui assurait le service télégraphique de la voie.

Le mois suivant, j'amenais à la Société un aiguilleur d'une grande compagnie, interné à la suite de deux tentatives de suicide, survenues au cours d'un délire mélancolique. C'est la première tentative de suicide qui lui fit interrompre son service. Il la fit à son domicile, quelques instants après avoir terminé sa journée de travail, en cherchant à se trancher la gorge avec un rasoir. Il y avait déjà plus de deux mois que sa femme s'était aperçu de l'existence d'idées délirantes.

Particularité qui mérite aussi d'être notée: Avant d'être aiguilleur, cet employé avait été pendant 4 ans, bloqueur. La dernière année où il occupait cet emploi, il avait de la mélancolie perplexe. Constamment assailli de scrupules, au sujet de son service, il se demandait sans cesse, quand il avait donné la voie libre à un train, s'il n'aurait pas dû au contraire l'arrêter ou inversement. Cette indécision le tourmentait surtout la nuit et très souvent le matin, il avait hâte d'aller trouver le bloqueur avec lequel il était en communication pour être rassuré, au sujet des erreurs qu'il aurait pu commettre.

A la séance suivante, je présentais un mécanicien paralytique général, malade depuis plus d'un an et chez lequel des manifestations de la maladie avaient donné lieu à des réprimandes, sans qu'on songeât à le faire examiner par un médecin. Puis un chauffeur, autorisé à remplir les fonctions de mécanicien, persécuté halluciné chez qui les hallucinations auditives avaient un retentissement sur l'activité. Enfin, un alcoolique chronique avec déchéance morale et idées de persécution, qui était chef de train au réseau de l'Etat: on l'attachait de préférence aux trains officiels.

Le mois suivant, le professeur Régis m'envoyait de Bordeaux, pour être communiquées à la même Société, quatre observations ayant trait à des cas d'aliénation mentale chez des mécaniciens et des chauffeurs des compagnies de chemins de fer. Il s'agissait, dans le premier cas, d'un mécanicien qui avait commis coup

sur coup plusieurs fautes graves dans son service. Il laisse manquer d'eau et brûle le foyer d'une machine, ce qui occasionne un retard considérable à un train; deux jours après, il contribue à l'avarie de la plaque tubulaire d'une autre machine. Puis c'est un train omnibus auquel il fait franchir deux stations sans arrêt. Puis encore il reste en détresse sur une rampe et invité par un ingénieur, présent sur les lieux, à caler les roues de sa machine, pour éviter une dérive, il répond que ses cales étaient en place alors qu'elles n'y étaient pas. Un autre jour, arrivé en retard au dépôt pour prendre sa machine et invité par le sous-chef de dépôt à se rendre à la gare où cette machine avait été emmenée par un remplaçant, il se rend effectivement à la gare, où, au lieu de prendre place sur sa propre machine, il monte en doublure sur celle d'un camarade qui dut l'inviter à descendre. Un peu plus tard, il franchit sans arrêt avec son train, une station, dont le disque d'entrée était fermé et devant laquelle le chef de station lui présentait un signal d'arrêt absolu. A la suite de ce dernier incident, il fut examiné par un médecin de la Compagnie qui déclara ne trouver aucun symptôme notable à signaler, au point de vue du système nerveux. Et Régis ajoute qu'il s'agissait bien là, comme la suite le confirma, d'un paralytique général au début, avec un minimum de symptômes et que seul l'examen d'un spécialiste pouvait à ce moment identifier.

Un second cas se rapporte à un mécanicien qui fut soumis à son examen alors que depuis quelque temps, sa manière d'être et l'insuffisance de service avaient attiré l'attention, sans que rien de grave fût survenu. C'était aussi un paralytique général.

Les deux autres cas ont trait, l'un à un mécanicien qui, à l'occasion d'une grippe, fut pris du délire hallucinatoire onirique avec confusion mentale et, dans cet état, conduisit un train express; l'autre, aussi à un mécanicien qui présentait des vertiges, des étourdissements et des attaques, troubles liés à la présclérose de l'âge critique chez l'homme. Il lui était arrivé de tomber sans connaissance sur sa locomotive devant

son chauffeur. Régis avait été chargé d'examiner ce mécanicien qui demandait spontanément sa mise à la retraite, pour savoir si les troubles dont il se plaignait étaient réels ou simulés (1).

Ces communications ont donné naissance à quelques travaux d'ensemble sur cette question. Mon interne, M. Maurice Provost fait, en 1914, une très intéressante thèse sur l'Aliénation mentale chez les employés de chemin de fer et de transports publics.

En 1919, paraît, à la Faculté de Nancy, la thèse du Dr Paul Vernet qui relate le nombre d'employés de

---

(1) Le professeur Régis terminait ainsi sa communication : « Les faits ci-dessus se passent de tout commentaire et on est effrayé à l'idée que des individus qui tiennent en leurs mains tant de vies humaines puissent continuer à exercer leur profession en pleine paralysie générale, en pleine cérébro-sclérose, en plein délire.

« Y a-t-il un remède ou tout au moins un palliatif à de tels dangers ?

« Notre distingué collègue le docteur Pactet a appelé l'attention du Ministre des Travaux publics sur l'utilité de spécialistes en médecine mentale, attachés aux Compagnies de chemins de fer. C'est la solution à laquelle j'avais moi-même songé et il est certain qu'elle est susceptible de donner de bons résultats.

« Mais il ne faut pas se le dissimuler, ces résultats ne seront jamais que relatifs, car le spécialiste, même officiellement chargé de l'examen des psychopathes, n'aura aucun moyen de les dépister lui-même à temps et ne pourra les recevoir que des médecins de la Compagnie, c'est-à dire le plus souvent, beaucoup trop tard, surtout pour ce qui est de la paralysie générale, dont les débuts passent presque toujours inaperçus ou restent méconnus.

« Il faudrait donc non seulement qu'il y eut des spécialistes psychiatres dans les Compagnies de chemins de fer, mais il faudrait aussi que les médecins ordinaires des Compagnies fussent eux-mêmes assez compétents pour reconnaître les maladies mentales et en particulier la paralysie générale, dès leurs premières manifestations.

« Ce ne serait point encore l'idéal, car même alors le médecin de la Compagnie ne pourrait identifier que les psychopathes sur lesquels son attention serait fixée par leurs chefs ; mais ce serait déjà beaucoup.

« Il conviendrait donc, me semble-t-il, de placer les médecins des Compagnies de chemins de fer dans la catégorie de ceux de nos confrères qui, comme les médecins des prisons, les médecins militaires, les médecins des paquebots, etc..., devraient posséder une connaissance suffisante des maladies mentales et le prouver au moment de leur nomination.

« La Société de Médecine Mentale pourrait peut-être émettre un vœu dans ce sens, tout en indiquant l'utilité pour les Compagnies de chemins de fer, des spécialistes psychiatres réclamés par M. Pactet. »



chemins de fer admis à l'asile de Maréville-Nancy de 1895 à 1919. Ceux-ci sont au nombre de 64 et parmi eux, il y avait 5 mécaniciens, 7 chauffeurs, 6 aiguilleurs, 3 chefs de train, 3 chefs de gare, 3 garde-frein, 3 garde-barrière; mais, pour 23 d'entre eux, entrés sous la dénomination d'employé de chemin de fer, il n'a pas été possible à l'auteur de préciser la fonction qu'ils occupaient, toutefois, il est naturel de penser, dit-il, que, sous cette appellation, ont été rangés des spécialistes, mécaniciens, chauffeurs, aiguilleurs par exemple. C'est la paralysie générale qui a été constatée le plus souvent chez les chauffeurs et les mécaniciens. Sur 12 cas d'aliénation mentale chez cette catégorie d'agents, il existait 7 cas de paralysie générale; des 3 chefs de gare, 1 était paralytique général. Et le Dr Vernet dit avec juste raison que ces chiffres sont à prendre en sérieuse considération en raison du diagnostic généralement tardif de l'affection, des dangers particuliers qui peuvent résulter de son début insidieux, de son évolution lente et progressive.

A la séance du 30 juin 1924 de la Société médico-psychologique, je vous ai présenté un aiguilleur et un chef de train tous deux paralytiques généraux et tous deux en fonction alors que la paralysie générale était, chez eux, en pleine évolution. L'aiguilleur avait été envoyé de Charleville à Paris pour être opéré d'une hernie. Arrêté par un agent de police à qui il demandait un renseignement et qui s'aperçut, à ses propos, qu'il avait affaire à un aliéné, il fut interné.

Le conducteur de train accompagnait un train de luxe jusqu'au moment où il partit, en la même qualité, pour la Ruhr. Il y passa 5 semaines et fit pendant ce temps une fugue de 17 jours qui appela l'attention sur lui et le fit réformer.

Le mois suivant, MM. Roger Dupouy et Paul Schiff faisaient une communication sur une garde-barrière atteinte de psychose intermittente, traitée dans le service libre de Prophylaxie mentale.

Il n'est pas inutile de multiplier les faits pour bien

montrer l'importance de la question au point de vue social.

Depuis 1920 jusqu'à cette année, il est entré dans mon service 20 employés de chemin de fer. Je ne parlerai que des cas les plus intéressants.

Parmi ceux-ci, je citerai un chef de train de la Compagnie du Nord qui faisait les trains officiels. Un jour, à la descente du rapide Paris-Dunkerque qu'il avait accompagné à l'aller et au retour, il est incapable de signer ses papiers. Rentré chez lui, il a des hallucinations visuelles et est interné pendant six mois. A sa sortie de l'asile, on lui confie un service de surveillant au contrôle jusqu'au jour où il entre à l'asile de Villejuif. Atteint de paralysie générale, il meurt deux mois plus tard.

Un aiguilleur, à la gare de Bécon-les-Bruyères, se rend au commissariat pour demander qu'on le protège contre des voisins qui veulent l'électrocuter. Il a des hallucinations auditives. Les troubles mentaux semblaient être la conséquence d'un surmenage professionnel. Il avait été de service huit nuits consécutives. Il exerçait sa fonction, alors qu'il était déjà en plein délire.

Un employé qui faisait des remplacements de chef de station vient, sans autorisation à Paris, pour réaliser des conceptions délirantes et se fait arrêter. C'était un paralytique général.

Un aiguilleur du chemin de fer de ceinture se croit victime de tentative d'empoisonnement, va demander son admission dans un hôpital. Il n'y est pas reçu et il faut requérir des agents pour l'en faire sortir. Son délire, qui s'accompagnait d'hallucinations de l'ouïe, remontait à plusieurs mois quand il fut interné.

Un autre aiguilleur, de la gare de Noisy-le-Sec, également persécuté, quitte brusquement son service pendant la nuit parce qu'il croyait qu'on envoyait dans sa cabine des gaz asphyxiants. « C'est dans la nuit du 7 au 8 janvier 1924, que ça a commencé pour moi, dit-il, j'étais à mon service, poste A. J'ai senti une mauvaise odeur, j'ai eu un mauvais renvoi et alors j'ai abandonné mon service et suis venu à la maison. »

Un chef de train du métro, sous l'influence d'idées de persécution qui avaient débuté une dizaine de jours plus tôt, s'enferme chez lui et il faut faire usage de gaz asphyxiants pour pénétrer dans sa chambre qu'il refusait d'ouvrir. En réalité, depuis un certain temps, les voisins s'étaient aperçu qu'il donnait des signes d'aliénation mentale.

Un autre chef de train du métro, entré en 1924 seulement dans mon service, était atteint de délire de persécution depuis plusieurs années. En 1919, il avait amené au chef de gare de la station de Réaumur, trois voyageurs qui étaient dans la même voiture que lui et qu'il accusait de lui lancer dans les yeux des substances qui l'empêchaient de faire son service. En 1920, il avait été conducteur pendant trois mois et avait demandé à devenir chef de train parce qu'il n'avait pas assez d'air dans sa loge de conducteur. Il était encore en fonction quand il fut arrêté à l'occasion d'un scandale dans la rue.

Je crois inutile de continuer cette énumération, mais bien qu'un peu longue, elle n'est pas superflue, car ce sont les faits seuls qui établissent l'incontestable réalité d'un état de choses sur lequel on tient à attirer l'attention.

Si j'ai donné quelque développement à la question de l'aliénation mentale chez les employés de chemin de fer, ce n'est pas pour diminuer l'importance de celle des troubles mentaux chez les conducteurs de voitures automobiles. Mais le danger social, résultant d'un défaut pour eux d'examen médical, a été signalé, il y aura bientôt deux ans, dans un milieu dont les échos, si j'ose dire, ne laissent pas d'arriver jusqu'à l'oreille des pouvoirs publics. En effet, le 31 octobre 1922, le Dr Fiessinger faisait, à l'Académie de Médecine, une communication ayant pour titre : L'examen médical des chauffeurs. C'était une réforme d'hygiène sociale, disait-il, déjà adoptée dans d'autres pays, en particulier l'Argentine et l'Uruguay, et pour laquelle il sollicitait l'adhésion de l'Académie de médecine. Dans un langage où l'on sentait vibrer la profonde conviction de l'orateur, il faisait des remarques,

dont la justesse semblait exclure la nécessité de les renouveler. Il voyait dans la délivrance du permis de conduire, en ne tenant compte que des aptitudes techniques et en négligeant la santé et les infirmités de l'intéressé, un péril dont les accidents journaliers confirment toute l'importance. « Laissera-t-on la population exposée aux maladresses des manchots et des mutilés, aux syncopes des épileptiques, à l'indécision des psychopathes et aux caprices des ivrognes... Il existe une loi pour la déclaration des maladies infectieuses. Où est la loi qui mettra les voyageurs ou les passants inoffensifs à l'abri des chauffeurs infirmes ou malades ? » Il soumettait à l'approbation de l'Académie trois propositions : le permis de conduire ne devrait être délivré qu'à partir de 21 ans ; ceux qui ont une diminution de la vue et de l'ouïe seront soumis à un examen annuel des spécialistes ; les épileptiques, les abouliques avérés, les ivrognes, les manchots et les grands mutilés se verront retirer ou refuser le permis de conduire ; enfin tous ceux qui conduisent passeront tous les 3 ans devant une commission médicale.

La communication de M. Fiessinger était renvoyée à une Commission qui rédigeait un rapport signalant la progression continue des accidents causés par les automobiles, rappelant que du haut de la tribune du Sénat, à l'occasion de la mort accidentelle d'un sénateur, M. Léon Bourgeois avait récemment indiqué que des mesures nouvelles devaient être prises et elle affirmait sa compétence pour signaler une des causes fréquentes d'accident à laquelle il est facile de porter remède, à savoir, l'incapacité de certains chauffeurs, en rapport avec des infirmités ou des maladies organiques. Le rapporteur citait, à cet égard, deux observations absolument démonstratives : celle d'un chauffeur de taxi qui, atteint d'un anévrisme de l'aorte, n'en continuait pas moins de conduire, malgré les objurgations de son médecin et celle d'un chauffeur atteint de double cataracte centrale qui continuait à conduire un camion dans Paris. Il lui semblait indispensable de se montrer, pour la déli-

vance du permis de conduire, particulièrement sévère à l'égard des conducteurs d'autobus et de tramways. L'Académie émettait six vœux dont voici le deuxième : « Le permis de conduire sera refusé à tout candidat atteint de troubles mentaux, de lésions organiques du cœur, des vaisseaux ou du système nerveux, d'insuffisance de la vue ou de l'ouïe, constatés par une commission médicale spéciale et le mettant hors d'état de conduire convenablement une voiture automobile.

Quelles ont été les conséquences pratiques de ces vœux ? Espérons que le temps amènera leur réalisation progressive. Mais, pour l'instant, on est bien obligé de reconnaître que le nombre des chauffeurs qui continuent de conduire, malgré qu'ils soient atteints de troubles mentaux, est encore élevé.

Notre collègue, M. Dupouy, en son nom et au nom de MM. Toulouse et Schiff faisait, à la dernière séance de notre Société, une communication tout à fait suggestive à cet égard.

Il nous apprenait que le service de Prophylaxie mentale de l'Asile Ste-Anne avait eu à examiner 36 chauffeurs d'automobiles qui s'étaient présentés spontanément ou avaient été amenés par des parents. Deux tiers de ces cas concernaient des chauffeurs de taxi et un tiers des chauffeurs particuliers. Ils pouvaient être répartis dans les formes morbides suivantes :

Psychasténie, obsessions et impulsions sans dé- mence .....	12
Toxicomanie .....	2
Epilepsie .....	2
Alcoolisme chronique sans affaiblissement intel- lectuel .....	5
Alcoolisme chronique avec syndrome dementiel .....	2
Démences diverses .....	3
Paralyse générale .....	10

Puis il faisait connaître les observations qu'il pensait devoir intéresser la Société et qui venaient à l'appui des desiderata exprimés par l'Académie de médecine aux pouvoirs publics.

Voici par exemple un chauffeur de taxi, présentant des accidents épileptiques atypiques et de plus cocaïnomane qui, conduisant son taxi sur la place de la Bastille, à 6 heures du soir, au moment où la circulation est la plus active, est pris de malaise, a cependant la force de ramener sa voiture le long du trottoir et tombe sans connaissance.

Un autre, alcoolique, chez qui surviennent des crises de fureur post-épileptiques dit qu'il conduit dans Paris des voitures de 25 à 40 H. à des vitesses qu'il qualifie lui-même d'excessives ; il n'a encore eu qu'un seul accident où tout s'est borné à des dégâts matériels. Il était ivre au moment de l'accident. Il raconte qu'un soir, son patron modifie l'emploi du temps qu'il lui avait indiqué. Ce changement le met en fureur et quand le patron vient pour monter dans sa voiture, il le prend par le bras, le bouscule, le jette avec violence dans le fond de l'automobile. Puis, à une allure folle il rentre à son domicile sans obéir aux injonctions et aux appels du patron qu'il dépose chez lui plus mort que vif. Il se rend ensuite au garage, ne s'y arrête pas, vire dans le garage à toute vitesse et se lance dans Paris à l'allure de 80 à l'heure. La voiture poursuivie par des agents cyclistes, après avoir ameuté trois arrondissements, s'arrête d'elle-même. Le chauffeur est conduit au poste ; on lui aurait dressé une contravention, mais sans lui retirer le permis de conduire. Renvoyé de sa place, il a trouvé aussitôt à s'engager chez un médecin qui l'a fait examiner, le soupçonnant atteint de troubles mentaux. Admis dans le service de Prophylaxie mentale, il l'a quitté brusquement pour reprendre son métier.

Un troisième, âgé de 20 ans, présentant des vertiges fréquents suivis d'une brève perte de connaissance, conduisait dans Paris une petite voiture de course. Il fallut exercer une pression morale très vive sur la famille pour qu'elle se décidât à lui interdire ce genre de sport.

Puis ce sont des alcooliques chroniques avec accidents subaigus, un dipsomane qui déclare que pendant sa crise qui dure trois ou quatre jours, il a l'impres-

sion qu'il n'est plus maître de sa voiture ; des artérioscléreux, avec affaiblissement intellectuel, — l'un d'eux avait depuis plusieurs mois la sensation que le volant lui échappait, il occasionnait de fréquents tamponnements sans avoir eu jamais d'accidents de personne, — et enfin des paralytiques généraux en assez grand nombre dont plusieurs ont occasionné des accidents et renversé des personnes dans la rue.

En m'en tenant aux malades qui entrent dans mon service, je dois reconnaître que le nombre des automobilistes internés est assez élevé. Depuis 1920, j'ai reçu, à Villejuif, 35 chauffeurs d'autobus, de taxis ou de voitures particulières. Sur ce nombre, il y avait 21 paralytiques généraux. On est parfois surpris, à la vue de certains de ces malades, au moment où ils arrivent à l'asile, qu'on ait pu leur confier jusque-là une voiture à conduire. Plusieurs fois, la femme du malade m'a dit que c'était elle qui avait demandé à l'employeur de ne plus laisser monter son mari sur le siège d'une voiture, s'apercevant qu'il n'était plus, depuis longtemps, déjà, dans son état normal et que la maladie s'aggravait.

Un chauffeur d'autobus dont l'attitude depuis deux mois semblait bizarre, qui cherchait querelle à tout le monde, voyait des troupes de chaque côté de sa voiture, ne fut relevé de son emploi que le jour où il abandonna le parcours régulier de l'autobus pour passer par des rues qui ne figuraient pas dans l'itinéraire normal. Il était atteint de psychose intermittente.

Un autre conducteur d'autobus qui arrivait à l'asile le 30 novembre dernier, étant incapable de dire où il se trouvait ni depuis combien de temps il était placé, n'avait quitté sa voiture que le 11 novembre. Le 12 au matin, il dit qu'il voyait trouble, se rendit à son dépôt, se fit porter malade et rentra à la maison. C'était un paralytique général. Depuis cinq ou six mois sa femme avait constaté chez lui un changement de caractère, une diminution de la mémoire et des troubles de la parole.

De toute évidence, comme le disait M. Dupouy,

dans sa communication, il conviendrait d'éliminer de la circulation les chauffeurs dangereux, mais jusqu'à maintenant les règlements administratifs ne le permettent pas, et le seul moyen d'action dont on puisse disposer est la persuasion. C'est insuffisant. Aussi pense-t-il que les permis de conduire ne devraient être accordés qu'après un examen médical sérieux, fait dans un centre médical, comportant, outre l'examen de médecine générale, des examens pratiqués par des spécialistes en neuro-psychiatrie, en otologie, en ophtalmologie, etc., et cet examen devrait être renouvelé périodiquement. C'est là, en somme, la Commission médicale spéciale dont l'Académie de médecine demandait la création par son deuxième vœu, dans sa séance du 9 janvier 1923, conformément aux conclusions d'un rapport de M. le professeur Baltazar, présenté au nom d'une Commission composée de MM. Quénu, Tuffier, Vaquez et Fiessinger. Et l'Académie spécifiait qu'un règlement précisera la nature et le degré des lésions qui serviront de base à la Commission médicale pour donner un avis défavorable à la délivrance du permis de conduire.

Elle prévoyait, dans son quatrième vœu, que le permis ne serait valable que pour dix ans, au bout desquels le chauffeur devra subir un nouvel examen médical. Dans des cas spéciaux, où la Commission médicale le jugerait utile, le permis ne pourrait être délivré que pour trois ans.

Le sixième vœu établissait que tout chauffeur ayant provoqué un accident par sa faute, serait soumis à un nouvel examen médical.

En ce qui concerne les chauffeurs d'automobiles, la Société Médico-psychologique pourrait se rallier aux vœux déjà exprimés par l'Académie de Médecine. Et ce qui est tout à fait de sa compétence, c'est d'insister sur la nécessité de l'examen psychiatrique des chauffeurs, en s'appuyant sur le nombre élevé de conducteurs de véhicules automobiles qui se présentent aux consultations de psychiatrie ou sont reçus dans les différents services des asiles, et qui étaient encore en





exercice, alors qu'existaient chez eux, parfois depuis longtemps déjà, des perturbations mentales.

Les compagnies de chemin de fer ont un service médical organisé. Elles soumettent déjà à une visite périodique certaines catégories d'agents. C'est ainsi, qu'au chemin de fer de l'Etat — d'après une lettre de 1914, du D<sup>r</sup> Faisans, alors médecin en chef — tous les agents de la traction sont examinés une fois par an, au point de vue de l'acuité visuelle ; dans d'autres compagnies, cet examen a lieu tous les dix ans.

Les faits démontrent l'utilité d'une constatation périodique de l'intégrité mentale, tout au moins, des agents chargés d'un service de sécurité.

La Société médico-psychologique pourrait émettre un vœu tendant à ce que cette constatation fût réalisée (1).

#### DISCUSSION

M. ROUBINOVITCH. — Nous sommes, je pense, unanimes à adopter les conclusions de M. Pactet. Il faudrait le prier de rédiger un vœu qui serait voté par la Société à la prochaine séance, et ensuite adressé aux autorités.

---

(1) Ce rapport était imprimé, lorsque le D<sup>r</sup> Anglade m'a communiqué un rapport que lui avait confié, en 1920, le Comité d'Hygiène mentale, sur la sélection et la surveillance psychiatrique des agents préposés aux transports publics.

Voici les vœux que l'auteur proposait d'émettre au Comité d'Hygiène mentale :

1° Pour être admis à conduire un moyen de transport public, terrestre, maritime, fluvial, aérien, il faut être sain d'esprit. Et comme nul ne saurait être son propre juge en cette matière, il faut s'en rapporter à un médecin spécialiste dans les questions de neuro-psychiatrie.

2° Les candidats aux emplois d'agents conducteurs des transports publics devront être soumis à une visite médicale neuro-psychiatrique préalable.

3° Les agents admis à ces mêmes emplois devront se soumettre périodiquement ou accidentellement à des visites médicales spéciales, qui auront pour but de vérifier, dans l'intérêt des voyageurs aussi bien que dans leur intérêt propre, si leur état psycho-nerveux demeure en équilibre.

4° Les modes de sélection et de surveillance neuro-psychiatrique doivent être laissés à l'initiative des administrations ou des entreprises. Mais il appartient à l'Etat d'exercer un contrôle sévère.

M. LEGRAIN. — Je crois que les conclusions du rapport elles-mêmes pourraient être utilisées dans ce but.

M. H. COLIN. — Je pense que la Société sera d'avis d'établir un assez grand nombre de tirages à part du rapport de M. Pactet, et de les envoyer aux diverses personnes et Sociétés susceptibles de s'intéresser à la réalisation de ses conclusions.

M. PACTET. — On pourrait se reporter aux propositions de l'Académie de Médecine qui a déjà adopté, à l'unanimité, des vœux intéressants au sujet des accidents d'automobile.

M. TRÉNEL. — Je crois qu'il faudrait envoyer à la fois un vœu voté par la Société et les conclusions du rapport.

M. SOLLIER. — Je pense qu'il serait utile de saisir de la question, non seulement les pouvoirs publics, mais les Compagnies d'Assurances, qui s'y trouvent directement intéressés. Leur action serait rapide et efficace. Bientôt, elles cesseraient d'assurer contre les accidents les personnes dont un examen psychiatrique n'aurait pas démontré l'intégrité mentale, ce qui rendrait très vite cet examen pratiquement indispensable.

M. ARNAUD. — Il faut adresser nos vœux et les conclusions du rapport aussi bien aux Compagnies d'Assurances qu'aux Compagnies de Transport et aux Pouvoirs Publics.

M. Henri COLIN. — Le rapport de M. Pactet doit être envoyé tout entier, car il contient un ensemble de documents propres à entraîner la conviction. Nous y joindrons les vœux de la Société. Nous adresserons le tout aux Pouvoirs Publics, aux Compagnies d'Assurances, aux Compagnies de Transports, à toutes les personnes et à toutes les organisations susceptibles de préparer ou d'ordonner les réalisations urgentes.

Mise aux voix par M. Roubinovitch, Président, la proposition de M. le Secrétaire général est adoptée par l'unanimité des membres présents.

La séance est levée à 18 h. 15.

*Les Secrétaires des séances,*

René CHARPENTIER et Maurice MIGNARD.

# COMPTE-RENDU DU XXIX<sup>e</sup> CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

(Paris, 28 mai — 4 juin 1925)

---

## 1<sup>er</sup> RAPPORT : PSYCHIATRIE

La guérison tardive des maladies mentales, par M. ROBERT (d'Auch).

Esquirol, Griesinger, Guislain et Morel ont rapporté des exemples de guérisons tardives ; mais cette question a été étudiée dans l'ensemble seulement vers 1880, lors de l'élaboration de la loi Naquet sur le divorce et de l'amendement Guillot, qui tendait à introduire parmi les causes de divorce l'aliénation mentale depuis 5 ans confirmée. Cet amendement fut rejeté grâce à l'intervention de Blanche, Charcot et Magnan, et contre l'opinion de Legrand du Saulle et celle de Luys, qui niait la possibilité de guérison après 6-7 ans de maladie. A la suite, Marandon de Montyel, Sizaret, Giraud, et surtout Châtelain (1896) affirmaient l'existence des guérisons tardives. Petren (1908), dans une étude critique remarquable, passa en revue tous les cas jusque-là publiés, et ne retenait comme probants qu'un certain nombre d'entre eux, qui, d'après lui, appartenaient surtout à la psychose maniaque-dépressive et à la démence précoce catatonique.

Depuis la déposition des projets de Viollette et de Colin relatifs au divorce des aliénés (1909), la question a été discutée dans de nombreux travaux français (Juquelier et Filassier ; Blanchard ; Mlle Jannin ; P. Delmas ; Legrain ; Calmettes ; Leroy ; Truelle ; Prince ; Arnaud, Sollier et Vignaud) et à l'étranger par Bravetta.

Actuellement, il ne faut plus se contenter de voir dans ces guérisons des surprises impossibles à prévoir ; il faut essayer de dépister, par l'observation clinique, les signes qui indiquent la possibilité de guérison dans des cas d'apparence chronique.

Selon Morel, toute guérison qui survient après plus de 3 ans de maladie est une guérison tardive. Cette opinion est

consacrée par de nombreuses législations étrangères, qui admettent le divorce, si l'aliénation mentale est confirmée depuis plus de 3 ans.

Pour affirmer cliniquement une guérison tardive, il faut exiger, avec Bravetta, 1) la disparition de la symptomatologie morbide ; 2) la reconnaissance, par le malade, de ses troubles mentaux antérieurs ; 3) la confirmation, par la catamnèse, d'une guérison consolidée. Même en dehors de ces conditions, la guérison est possible chez des sujets qui montrent un retour au raisonnement, à l'affectivité et à l'activité normaux, tout en ne reconnaissant pas d'avoir été malades (honte de la maladie, etc.). La résignation des sujets qui n'insistent plus pour obtenir la sortie, lorsqu'ils montrent en même temps de la reconnaissance et de la confiance à leur médecin, est de bon augure.

Petren faisait rentrer tous les cas de guérison tardive soit dans la psychose maniaque-dépressive (formes maniaques, dépressives, atypiques, d'allure paranoïaque), soit dans la catatonie, soit, exceptionnellement, dans le délire de Magnan. Quoi qu'il en soit de pareilles synthèses, il existe des manies, des mélancolies, des syndromes catatoniques et des syndromes délirants, du type hallucinatoire et du type interprétatif, susceptibles de guérison tardive.

Parmi les signes permettant d'espérer la guérison, même après une évolution de longue durée, il faut citer, d'une façon générale : les accès antérieurs suivis de guérison complète, le début brusque de la psychose sans troubles prodromiques du caractère, l'hérédité, la persistance de l'acuité des symptômes, le retentissement du désordre psychique sur les fonctions organiques, la conservation de certaines occupations, inclinations et tendances habituelles du sujet.

Voici des signes favorables particuliers aux différents syndromes :

Dans les états maniaques prolongés : le fait que le malade puise le contenu de ses propos dans le milieu ambiant, l'apparition d'une phase nettement dépressive. — Dans les états mélancoliques prolongés : l'anxiété, les plaintes hypochondriaques gémissieuses, même monotones et stéréotypées, les préoccupations familiales. — Dans les états catatoniques : le moindre geste de curiosité, d'intérêt à l'égard de l'entourage, la moindre réaction affective ou émotive (accélération du pouls et du rythme respiratoire, rougeur de la face, pendant l'examen), le réveil d'une lucidité étonnante

sous l'influence d'une maladie intercurrente. — Dans les délires systématisés, hallucinatoires et interprétatifs : l'existence d'une période de début nettement dépressive, l'éclosion à la présénilité.

Il faut toujours penser à la possibilité de guérison tardive lorsqu'on est appelé à se prononcer sur l'avenir d'un malade. L'importance médico-légale des guérisons tardives réside surtout dans leurs rapports avec le problème du divorce chez les aliénés. Mais la solution juste de ce problème dépend non seulement de considérations d'ordre médical, mais aussi de considérations sociales et morales.

#### DISCUSSION

M. TRÉNEL (*de Paris*). — On ne peut encore, à l'heure actuelle, établir des signes certains d'incurabilité dans les psychoses prolongées, du fait de la variabilité de l'évolution de ces psychoses. Cependant, dans certaines formes démentielles au moins, lorsque la nuit intellectuelle est totale, on pourrait appliquer une loi sur le divorce pour aliénation mentale.

Une statistique, basée sur 21.255 cas de sortie dans 40 asiles français, pendant 10 ans, donne 1.425 sorties au delà de 3 ans d'internement. Mais, en réalité, ce chiffre, en apparence élevé, n'est pas celui des guérisons et se rapporte seulement aux cas où la vie hors de l'asile est possible.

Une statistique sur le nombre des divorces pour aliénation mentale en Alsace, établie par M. Prince, de Rouffach, et des renseignements donnés à ce sujet par M. Arsimoles (*de Hoerd*), prouvent que, dans cette région, les demandes en divorce pour psychopathie sont très rares et que, dans ces cas, le médecin et les autorités sont pour ainsi dire toujours d'accord.

M. VERMEYLEN (*de Bruxelles*). — Les modifications du caractère et morales se font dans les psychoses selon 2 types, dont la valeur est différente au point de vue du pronostic. Dans le type discontinu, à pronostic favorable, il y a modification brusque, brutale, radicale ; il s'agit de cas à étiologie exogène le plus souvent. Dans le type continu, où les manifestations psychopathiques montrent des relations intimes avec les particularités de caractère antérieurs à la maladie, le pronostic doit être réservé.

M. HESNARD (*de Toulon*) insiste sur l'importance de la vie affective pour le pronostic. Il faut distinguer l'indifférence

affective vraie, irrémédiable, due à la destruction de l'être instinctif, de la fausse indifférence, lorsque le sujet est distrait par son excitation et ses préoccupations dépressives ou délirantes. Les méthodes psychoanalytiques facilitent cette tâche au psychiatre.

On a fait rentrer à tort certains syndromes psychopathiques prolongés dans la psychose maniaque-dépressive. Les modifications physiologiques de l'âge critique jouent sans doute — comme dans l'hystérie — un rôle important dans la guérison des psychoses anciennes. Enfin, il ne fallait pas passer sous silence les résultats obtenus par l'école psycho-analytique dans la thérapeutique de troubles mentaux considérés à tort autrefois comme démentiels et incurables.

M. SÉGLAS (*de Paris*) est d'accord avec M. Hesnard pour voir dans l'analyse de la vie affective des malades un des éléments essentiels pour préciser le pronostic. Il n'admet pas que l'aspect clinique décide de la curabilité, puisque dans certains cas de psychoses périodiques prolongées avec gâtisme, indifférence apparente et stéréotypies il y avait guérison complète aussi bien que dans ces autres cas qui ressemblent à la démence précoce et où l'indifférence s'explique par une sorte de séparation du sujet du monde extérieur.

M. DIDE (*de Toulouse*) insiste sur l'importance des données de laboratoire pour le pronostic des troubles mentaux : modifications fixes du système vaguesympathique de la fonction hémoleucocytaire ; hyperglycémie et hyperglycorrhachie, troubles tégumentaires : érythèmes, œdèmes, pigmentation.

M. SOLLIER (*de Paris*) : La guérison tardive de certains troubles mentaux prouve que dans ces maladies il faut chercher les lésions ailleurs que dans les lésions anatomiques grossières de la cellule cérébrale. Des variations évolutives aussi curieuses que celles qu'on rencontre dans les guérisons tardives, ne peuvent s'expliquer que par l'intervention d'agents biochimiques dont la nature reste à déterminer.

M. RÉPOND (*de Lausanne*) oppose la guérison médicale, où tous les troubles ont disparu, à la guérison sociale, où l'atténuation des troubles permet la vie en liberté. Pour établir les chances de guérison chez un malade, et notamment dans la schizophrénie, une observation succincte et prolongée s'impose.

Le Code Suisse permet le divorce pour aliénation mentale, lorsque la maladie a duré pendant 3 années au moins et que l'expertise affirme l'impossibilité de la vie conjugale.

M. LEROY (*de Paris*) : Chez un malade, atteint primitivement d'un état hallucinatoire à éclosion brusque, le gâtisme, les stéréotypies et l'indifférence qui succédaient aux troubles aigus du début, avaient imposé le diagnostic de démence précoce. Le malade a guéri au bout de 6 ans, sa guérison se maintient depuis 13 ans.

M. CALMETTES (*de Breuty-la-Couronne*) a observé de nombreux cas de guérison tardive. Le début mélancolique, la conservation de l'affectivité, des réactions adéquates au contenu du délire, la conscience morbide sont des signes importants permettant d'espérer la guérison, qui peut être activée par des abcès de fixation successifs d'après la méthode de Mlle Pascal et par les sorties prématurées.

M. COURBON (*de Stéphansfeld*) : La monotonie délirante (au point de vue intellectuel) et la restriction de l'intérêt pris par le malade soit pour son entourage, soit pour ses propres réactions délirantes (au point de vue affectif) sont des indices de chronicité qui n'autorisent pas à désespérer de la guérison. Seuls la perte du jugement, c'est-à-dire l'existence de réactions constamment arbitraires et inopportunes, et l'indifférence affective absolue, c'est-à-dire l'absence de tout intérêt pris par le malade à son entourage, à son travail, à son délire et à tout sont des signes d'incurabilité.

Le retour de la formule physiologique organique antérieure à la maladie mentale (réapparition du sommeil, du rythme des règles, de la coloration normale de la peau, des diathèses disparues depuis le début de la psychose : migraines, eczémas, hémorroïdes, de la susceptibilité médicamenteuse, de la frilosité — car l'aliéné chronique est souvent insensible au froid —) de la formule du R. O.-C., etc., sont des signes qui parfois précèdent de plusieurs mois la guérison.

A côté de la maladie organique intercurrente, survenue inopinément, qui cause la guérison en modifiant le substratum biologique qui la conditionne, il y a lieu de considérer la maladie organique intercurrente, qui est un simple effet du processus biologique de guérison, processus apparu spontanément et qui a rendu le sujet accessible aux agents pathogènes, vis-à-vis desquels il était réfractaire tant qu'il était malade.

2<sup>e</sup> RAPPORT : NEUROLOGIE

Les encéphalopathies infantiles familiales, par M. O. Crouzon, de Paris.

Encéphalopathies familiales typiques purement infantiles, et quelquefois ou exceptionnellement infantiles :

Psychoses familiales : Elles ont été étudiées par l'auteur dans le traité de Sergent, de même que par Fouque (Thèse 1899) et Frankhauser (Thèse 1911). D'après Wimmer la folie maniaque dépressive serait une affection héréditaire de caractère dominant. L'idiotie familiale a été décrite par Bourneville et Séglas, l'épilepsie familiale par Bourneville et Sollier (1890). Enfin il existe des dégénérescences héréditaires et familiales.

Idiotie amaurotique familiale ou maladie de Tay-Sachs : Elle frappe surtout la race juive (Hennoch, Apert et Dubois), débute 3 à 6 mois après la naissance (forme juvénile rare avec début après 10 ans) et se rencontre souvent chez les enfants du même sexe à l'exception de ceux de l'autre. Son caractère familial a été démontré par Tay et Kingdon. Sa pathogénie est encore discutée.

Maladie de Wilson : C'est une affection familiale, mais non héréditaire. Sa symptomatologie et son anatomie pathologique ont été étudiées dans de nombreux travaux récents. Sa pathogénie reste également obscure.

La pseudosclérose et le spasme de torsion : Leurs rapports avec la maladie de Wilson sont à préciser. L'étude anatomopathologique montre l'opposition entre les lésions macroscopiques (cavités et ramollissements) de la dégénérescence lenticulaire progressive de Wilson et les lésions microscopiques de la pseudosclérose de Westphal-Strumpell ; le spasme de torsion semble constituer un type intermédiaire entre les deux.

Diplégies cérébrales infantiles familiales : Freud a décrit le type familial du syndrome de Little, Pesker, Cestan et Guillaïn des affections familiales rappelant cliniquement les troubles de la sclérose en plaques, mais avec lésions anatomiques peu précises et absolument distinctes de la sclérose en plaques. L'atrophie cérébelleuse familiale idiотique de Bourneville et Crouzon (1900) est caractérisée par l'idiotie et la diplégie cérébrale spasmodique. La lésion consiste dans une agénésie globale du cervelet.

Hérédotaxie cérébelleuse (Pierre-Marie 1893) : Son caractère familial a été illustré par les observations de Sanger



Brown et de Neff. Elle débute le plus souvent après 20 ans, rarement après 3-6 ans déjà. Ses symptômes sont constitués par des troubles cérébelleux et spasmodiques ; sa lésion essentielle est l'atrophie globale du cervelet.

La paraplégie périodique familiale (Conso, Goldflam, Taylor) est une affection à l'étiologie et aux lésions encore obscures.

Le tremblement familial : Il faut lui rapprocher : les tics familiaux, les crampes intentionnelles familiales, les mouvements associés familiaux.

La myoclonie familiale ou syndrome d'Unverricht se caractérise par l'association de crises épileptiques et de myoclonies, par son évolution progressive — stade épileptico-tétaniforme, stade myoclonique épileptiforme, stade terminal ou marastique — Son substratum anatomo-pathologique est encore tout à fait obscur.

Les lésions des affections familiales du système nerveux oculaire : Ophtalmoplégie des types isolés, associés ou complexes, nystagmus essentiel familial congénital, affections congénitales des nerfs optiques, rétinite pigmentaire familiale, héméralopie f., daltonisme f., restent à préciser.

Maladies souvent ou quelquefois infantiles, exceptionnellement familiales : La chorée familiale (Brissaud), l'épilepsie héréditaire dans certaines familles, la maladie de Parkinson (Béchet, Weber), l'idiotie mongolienne (Babonneix et Villette), l'anosmie et l'hypogustation héréditaires (d'Abundo), la surdimutité sont à citer dans ce groupe de même que le syndrome adiposogénital et l'acromégalie.

Encéphalopathies familiales atypiques : Elles se présentent tantôt comme des formes frustes des affections précédentes, tantôt aussi comme des formes hybrides ou intermédiaires. Le terme d'atypiques ne convient qu'à un nombre restreint d'entre elles ; leur étude clinique succincte et leur évolution montrent qu'il s'agit souvent de cas méconnus d'encéphalopathies typiques (voir l'étude de Jendrassik dans le traité de Lewandovski).

Généralités : Le caractère familial de ces affections s'explique par l'hérédité similaire. L'application des lois de Mendel rencontre des difficultés sérieuses. Les affections à hérédité mendélienne typique sont : la psychose maniaque dépressive, l'hérédodaxie cérébelleuse, la myoclonie, l'épilepsie. Dans d'autres : idiotie amaurotique, tremblement, nystagmus, cette forme d'hérédité peut être présumée. Dans tout le reste il y a hérédité récessive. Au point de vue

prophylactique il faut distinguer les affections à hérédité continue (parentales), discontinue (fraternelles ou récessives), matriarcales (affection se transmettant des mères non atteintes aux fils seuls atteints). L'étiologie syphilitique reste à préciser (Leredde, Guillaïn). L'alcoolisme des ascendants, les accidents de la grossesse et de l'accouchement ont été invoqués par Bourneville. L'influence de la race est évidente pour la maladie de Tay-Sachs. Nombreux sont encore les points à éclaircir dans l'étude anatomopathologique de ces affections.

### DISCUSSION

MM. ROGER et REBOUL-LACHAUX (*de Marseille*) insistent sur l'importance de l'anamnèse pour faire le diagnostic d'affections familiales. Il faut éviter de rattacher aux affections familiales des affections similaires se rencontrant chez des frères et sœurs, et de rattacher à une hérédosyphilis ce qui n'en est pas. Ils rapportent le cas de deux sœurs atteintes de syndrome de Little. La maladie de Tay-Sachs est une maladie se rencontrant chez plusieurs frères plutôt qu'une affection vraiment familiale. Il faut mettre les parents au courant du caractère familial des affections et du danger pour la progéniture.

M. DIDE (*de Toulouse*) : La familialité des encéphalopathies infantiles appartient à des séries de caractères transmis, d'ordre embryologique et histologique différents :

a) Dystrophies ectodermiques (idiotie amaurotique, forme familiale de démence très précoce, l'atrophie simple avec substitution d'un feutrage névroglie). Les diplégies cérébrales de Freud, les types Cestan-Guillaïn, Pesker, Bourneville et Crouzon rentrent dans ce groupe.

b) Les dystrophies conjonctivo-vasculaires (certaines méningites basales observées par Crouzon, Trétiakoff et Behague).

c) Certaines affections où il y a fragilité complexe des éléments ecto et mésodermiques à la fois (maladie de Wilson).

M. MARINESCO (*de Bucarest*) a essayé, par des études histopathologiques, de préciser la genèse des lésions de l'idiotie amaurotique. Il y a des phénomènes semblables au mécanisme de l'autolyse, des processus de digestion *in vivo* qui est l'œuvre de ferments auxquels s'ajoute la présence de substances toxiques encore inconnues. Il y a diminution des ferments oxydants et activation des ferments hydrolytiques à la base des altérations cellulaires.

M. TRÉNEL (*de Paris*) rapporte une observation intéressante de myoclonie-épilepsie familiale. Chez la mère il y avait myoclonie-épilepsie, chez la fille épilepsie simple. Ce cas montre la régression de l'affection familiale et des tares héréditaires. On peut désigner des cas de cet ordre d' « épilepsie régressive ».

M. KRABBE (*de Brain*) a décrit il y a 10 ans quelques cas d'une affection familiale héréditaire qui fut dénommée sclérose cérébrale diffuse infantile. Elle commence à l'âge de 4-5 mois, est de nature progressive et mortelle, se caractérise par de vastes paralysies, de la rigidité musculaire généralisée, de grands spasmes, l'atrophie du nerf optique. Les lésions consistent dans la disparition complète de la myéline de la substance blanche et son remplacement par une quantité énorme de névroglie. Il s'agit d'une abiotrophie héréditaire de la substance blanche des hémisphères.

### 3<sup>e</sup> RAPPORT : MÉDECINE LÉGALE

La médecine légale civile des états d'affaiblissement intellectuel d'origine organique, par MM. BRIAND (*de Paris*) et BRISSOT (*de Rouffach*).

Bien que toutes les démences soient organiques, il est d'usage de réserver ce nom aux états d'affaiblissement, dont la cause primitive réside dans des lésions cérébrales macroscopiquement et microscopiquement bien définies. Ainsi se trouvent exclues de cette étude : la démence précoce, la démence vésanique, les démences névrosiques et les démences toxiques. La P. G., bien étudiée récemment par R. Charpentier, est exclue de même par les auteurs de leur rapport.

I. Etats organiques dus à des altérations diffuses de l'encéphale :

Dans la *Démence sénile*, c'est surtout la période de début qui est intéressante. A cette période — période d'involution présénile — les troubles réels : oscillations constantes du niveau mental, lacunes passagères de la mémoire, indécision de la volonté, troubles du caractère donnant assez souvent lieu au délire, peuvent se cacher derrière une santé psychique apparente : vivacité des souvenirs, etc., et pourtant fâcheusement influencer l'activité des malades. De là signature à des contrats onéreux, mariage dont le mobile est dans la cupidité du conjoint, actes testamentaires. Parfois une protection efficace ne peut être garantie que par l'interdiction ou le Conseil (contre toutes les apparences) ou

par l'internement. Par contre, lorsqu'il s'agit d'établir l'état mental d'un sujet, dont l'acte est attaqué après la mort, il faut se garder d'interpréter trop rigoureusement certains signes, tels que troubles de l'écriture et du langage, qui ne sont pas nécessairement un indice de démence. — Chez les presbyophréniques, dont l'état est beaucoup plus une association confusodémentielle qu'une véritable démence, il serait excessif de prendre, dans l'intérêt de la protection et de la surveillance, des mesures restreignant trop la capacité juridique ; car les facultés volontaires, chez ces sujets, sont en général assez conservées pour leur permettre une appréciation suffisante des faits qui les intéressent.

**Artériosclérose cérébrale :** Les formes légères, curables, faites surtout de troubles lacunaires de la mémoire, avec conservation du jugement et d'une activité assez ordonnée, ne comportent qu'une surveillance restreinte telle que la prévoit la « curatelle » (Pflegschaft) du Code Civil allemand. Les formes graves comportent les mêmes conséquences médico-légales que la démence sénile confirmée.

**Sclérose en plaques :** L'affaiblissement est susceptible de rémission avec aptitude aux affaires de la vie civile. — La démence choréique pose des problèmes délicats, du fait de la coexistence fréquente de débilité mentale antérieure. — La paralysie agitante, dans sa phase terminale, donne souvent l'impression d'un affaïssement mental bien plus important qu'il ne l'est en réalité.

II. Etats organiques liés à des lésions locales et circonscrites du cerveau.

**Hémiplégie :** le fonctionnement intellectuel peut rester intact d'une façon durable. L'intérêt médico-légal est surtout dans les cas compliqués d'aphasie.

**Syphilis cérébrale :** il faut tenir compte de sa curabilité au début et éviter aux malades les mesures d'emblée rigoureuses, qu'il est habituel de prendre dans la P. G.

**Tumeurs et corps étrangers du cerveau :** il y a souvent déficit plutôt apparent que réel, surtout dans les cas avec crises comitiales. L'intérêt médico-légal de ces affections est réduit du fait de leur évolution rapidement mortelle.

Les auteurs étudient ensuite dans les détails la médecine légale civile des états d'aphasie, problème particulièrement délicat à cause de la variabilité des troubles psychiques, allant de l'intégrité complète du jugement et de l'activité jusqu'à de véritables états démentiels (démence aphasique de Bianchi).

Devant l'acte d'un aphasique, il ne faut pas autant se

demander si l'intelligence est plus ou moins altérée que si les conditions de validité de l'acte sont remplies, conditions qui, en dernière analyse, se ramènent à l'exercice libre de la volonté et du consentement.

Les aphasiques purs, sous-corticaux, ne nécessitent qu'exceptionnellement une tutelle, à la condition d'être surveillés. Leur capacité testamentaire est conservée, tandis qu'elle est réduite chez les aphasiques moteurs du type Broca et presque nulle chez les aphasiques sensoriels. Les difficultés sont grandes lorsqu'il y a agraphie (impossibilité du testament olographe), alexie (impossibilité du testament mystique), surdité verbale (impossibilité de la forme publique. Les aphasiques sensoriels sont aussi les plus exploités en matière de testaments. Dans tous les cas, ce sont les formes publique et surtout mystique du testament qui sont à tous points de vue préférables. L'aphasique étant capable de se faire comprendre par des gestes et des signes au même degré que le sourd-muet, il y aurait parfois lieu de lui permettre de tester au moyen du langage des signes, qui peut atteindre un degré de perfectionnement très haut, exemple un cas observé par les auteurs. L'internement des aphasiques est parfois le seul moyen de protéger ces malades contre la captation.

Il faut enfin insister sur le rôle des traumatismes du crâne (accidents de travail, blessures de guerre) dans la genèse des affaiblissements organiques. Etablir la relation de cause à effet entre le traumatisme et l'affection mentale, établir le caractère passager ou définitif des troubles, porter un pronostic éloigné : voilà les principales tâches de l'expert.

Pour tous ces états d'affaiblissement, on ne peut pas tracer des règles rigides. Il y a des cas d'espèces demandant chacun à l'expert une analyse succincte de l'état mental du sujet, de la nature de l'acte incriminé et aussi des mobiles qui ont conditionné cet acte.

M. Briand considère le problème de l'aphasie comme le point le plus délicat. Il prie le Congrès de s'associer à un vœu des auteurs ayant pour but de faciliter les actes testamentaires des aphasiques, en admettant surtout le testament mystique.

#### DISCUSSION

M. CLAUDE (*de Paris*) ne reconnaît pas une capacité aussi étendue que les auteurs aux presbyophréniques. Il fait de grandes réserves quant à la capacité testamentaire des apha-

siques, même des anarthriques et des aphasiques moteurs. Parmi les formes localisées, les formes verbales pures sont rares. Il faut être extrêmement prudent dans l'appréciation du testament écrit par un sujet qui ne peut pas contrôler ce qu'il écrit. Le testament public semble préférable à la forme mystique, qui est destinée à des infirmes. Étant donnée la difficulté d'interroger le malade, il faut que le testament soit fait devant un médecin. Donc : la forme publique s'impose. L'assimilation des aphasiques aux sourds-muets semble peu opportune. M. Claude s'associe enfin au vœu émis par les auteurs, tout en exigeant le contrôle médical de l'acte testamentaire, qui sera à faire dans la forme publique.

M. POROT (*d'Alger*) rapporte l'observation d'un malade atteint de troubles anarthriques tels qu'il ne peut s'exprimer que par des gestes. Il préconise dans des cas de ce genre le testament public.

M. DIDE (*de Toulouse*). — L'aphasie seule n'est pas un indice d'affaiblissement diffus justifiant des restrictions de la capacité. Le problème médico-légal de l'aphasie est un problème d'ordre psychologique et se résume dans la question s'il y a troubles démentiels ou non. Il faudra notamment dépister les troubles du caractère.

M. LAGRIFFE (*de Quimper*) rapporte 2 cas de testaments d'aphasiques atteints pour cause de démence, le second dans des conditions particulièrement défavorables à l'auteur du testament. L'expert a démontré le caractère logique de l'acte et de ses motifs. Dans les 2 cas les testaments furent homologués.

M. ANTREAUME (*de Paris*) trouve que les auteurs n'ont pas assez insisté sur les articles de la loi de 1838, en relation avec la capacité civile. Nomination d'un administrateur temporaire par le tribunal, etc. Il montre qu'en dehors de la loi de 1838 il existe des moyens permettant de rendre la protection plus efficace.

M. DELAÎTRE (*de Paris*) apporte, en sa qualité de juriste, des précisions sur la procédure d'interdiction, ces procédures étant souvent mal connues. Il insiste sur la nécessité de l'expertise médicale en toute circonstance, étant donné qu'il est impossible de tracer des règles générales et qu'il n'y a que des cas d'espèces. Il met en garde les experts de tenir compte des conditions morales en matière testamentaire. Ceci regarde la justice, et de pareilles considérations sont plutôt une cause de faiblesse pour l'expertise. L'exper-

tise médicale n'apprécie pas la moralité, mais uniquement la médicalité de l'acte. Il fait des réserves sur la proposition d'assimiler le langage conventionnel des aphasiques aux gestes des sourds-muets.

M. POROT (*de Tunis*) précise, en répondant à M. Delaitre, qu'il ne faut pas faire jouer le point de vue moral, mais qu'il y a, dans l'appréciation d'un acte, deux facteurs à considérer : la vigueur intellectuelle et la logique affective.

M. ANGLADE (*de Bordeaux*) s'associe à M. Delaitre en ce qui concerne « la médicalité » pure en matière d'expertise. Il insiste sur la nécessité de considérer les mobiles d'un acte, dont le caractère logique ou non peut éclairer l'expert dans la recherche de ses conclusions.

M. BRISSOT (*de Rouffach*) répond à M. Claude que l'intégrité du jugement et du raisonnement des presbyophréniques au début justifie pour eux des mesures moins rigoureuses que pour les autres déments séniles, — à M. Porot que l'anarthrie prononcée dans le cas rapporté rend le testament public peu possible, — à M. Dide que l'incapacité juridique des aphasiques est la conséquence des troubles de la volonté et du consentement, et non de troubles associés du caractère, — à M. Lagriffe, que c'est surtout grâce à l'intervention des experts que les 2 testaments ont été homologués, — à M. Antheaume, que la nomination de l'administrateur temporaire est inefficace, puisqu'elle n'empêche pas le testament, — à M. Delaitre, que rien n'empêche d'assimiler le langage conventionnel des aphasiques aux gestes des sourds-muets, — à M. Anglade que la « médicalité » doit être le 1<sup>er</sup> point de vue et l'objectivité le 1<sup>er</sup> souci de l'expert.

M. BRIAND (*de Paris*) s'associe à M. Anglade en ce qui concerne le rôle surtout médico-légal du médecin-expert et l'importance des mobiles de l'acte pour les conclusions de l'expertise.

## COMMUNICATIONS

### PSYCHIATRIE

M. ARNAUD (*de Vanves*), Un cas de guérison tardive. — Il s'agit d'une mélancolique guérie après 5 ans de maladie. Les troubles du caractère antérieurs à la maladie — aboulie et scrupules — influençaient nettement le délire et les réactions de la malade pendant la psychose. Il ne faut donc pas voir, dans ce fait, un indice d'incurabilité.

M. MARCHAND (*de Charenton*), Démence précoce chez des syphilitiques. — L'auteur montre qu'il existe chez des sujets syphilitiques ou hérédosyphilitiques une affection mentale qui diffère de la paralysie générale, qui apparaît 2-12 ans après la contamination et qui revêt les caractères symptomatiques de la démence précoce. On ne constate pas, chez ces sujets, d'embarras de la parole ; les réactions humorales positives au début de l'affection deviennent souvent spontanément négatives ; les ictus épileptiformes ou apoplectiformes font toujours défaut. M. Marchand s'appuie sur divers cas publiés antérieurement pour soutenir sa thèse, et il rapporte les observations de 2 femmes qui deviennent démentes précoces après avoir contracté la syphilis de leurs maris, qui eux-mêmes moururent plus tard de paralysie générale.

M. VERMEYLEN (*de Bruxelles*), Hérédosyphilis et déficience mentale. — La réaction de Wassermann a été positive chez 18 0/0 de tous les enfants anormaux de la colonie de Gheel. 60 0/0 des enfants hérédosyphilitiques sont idiots, 21,7 0/0 débiles, 18,3 0/0 imbeciles. Parmi les enfants à réaction humorale négative, 26,4 0/0 présentent des signes de probabilité d'hérédosyphilis. L'hérédosyphilis semble donc jouer un rôle prépondérant parmi les causes de déficience mentale.

M. MINKOWSKI (*de Paris*), Symptômes et attitudes schizophréniques. — Les attitudes schizophréniques forment 2 groupes : attitudes idéo-affectives (rêveries, regrets morbides) et attitudes purement intellectuelles (rationalisme morbide, attitude interrogative, etc.). Ces attitudes sont à considérer comme des réactions de défense contre la désagrégation schizophrénique. Elles s'accompagnent de symptômes schizophréniques et tendent à un état de désagrégation typique. Elles se rangent donc bien dans le domaine de la schizophrénie, tel qu'il est délimité par Bleuler.

M. HESNARD (*de Toulon*), Idées d'accusation étrangère et psychoanalyse. — Il faut distinguer les idées d'accusation étrangère des vulgaires idées de persécution. Le malade, tout en recherchant en dehors de lui l'origine de son malaise affectif, réagit par des idées d'autojustification et par une défense d'ordre mélancolique. La psychoanalyse a permis à l'auteur (avec résultat curatif) de déceler ce mécanisme, chez un sujet qui prêtait un sentiment d'infériorité intense à



autrui, sous forme d'accusation d'immoralité par la justice et le public. Ce sentiment avait sa source dans le repliement sur soi-même depuis l'enfance (refoulement de tendresse pour la mère, rancunes contre l'autorité paternelle), intensifié à la puberté (préoccupations hypocondriaques). Cet individu prêtait sa propre conduite morale à ses persécuteurs.

MM. MIGNARD et DURAND-SALADIN, *Les psychoses de désadaptation sociale et les psychoses de dépaysement.* — Ces psychoses résultent d'une variation trop brusque, trop complète ou trop mal préparée du milieu social. Caractérisées au début souvent par un état confusionnel et anxieux, elles peuvent guérir, ou passer à la chronicité que révèlent la schizoïdie, le délire de compensation, la démence asexuelle. Ces psychoses se groupent dans le cadre des psychoses psychogènes, à côté de celles d'origine émotionnelle et celles d'origine passionnelle.

MM. HEUYER et LAMACHE (*de Paris*), *Le symptôme de divination de la pensée.* — Ce symptôme consiste dans l'affirmation délirante de la faculté de connaître la pensée d'autrui, et s'accompagne d'autres phénomènes d'automatisme mental. Il est le produit d'une intuition morbide telle qu'on la rencontre dans l'automatisme mental et peut être regardé comme l'expression d'une pensée extériorisée et non reconnue. Il peut pousser le malade à des actes morbides, de là son importance médico-légale.

M. MIRA, *Un cas d'épilepsie psychique dû vraisemblablement à une cause organique focale.* — il s'agit d'un sujet qui a reçu un coup de pierre dans la région frontale à l'âge de 9 ans. La radiographie montre des lésions endocrâniennes. Le malade, qui n'a eu jusqu'ici qu'une seule crise convulsive typique, présente par contre des absences et des impulsions amnésiques fréquentes et un tempérament fait d'irritabilité, d'érotisme et d'enthousiasme exagérés.

M. PERRENS (*de Bordeaux*), *Les manifestations sexuelles dans les états dépressifs.* — De nombreuses observations ont montré à l'auteur l'importance de ces manifestations. Dans des affections où dominant l'asthénie physique et la fatigue intellectuelle, pouvant aller jusqu'à la confusion, d'une part, dans des syndromes de mélancolie anxieuse ou délirante, d'autre part, il a noté que l'activité intellectuelle prenait une

place considérable, tant par les désirs qu'elle suscite que par les rêves qu'elle provoque, et par les modes de satisfaction qu'elle suggère. Le plus souvent consciente, dans certains cas elle ne l'est pas, et se révèle alors par des idées délirantes telles que les malades accordent à autrui les sentiments qui sont en eux.

MM. TOULOUSE et SCHIFF (*de Paris*), Syndromes psychiques initiaux dans certains cas de tumeurs cérébrales. — Ces troubles mentaux précurseurs, étudiés par les auteurs sur 3 malades, antérieurs aux troubles neurologiques classiques, sont d'aspect très varié (psychasthénie, confusion mentale, phénomènes pithiatiques, catatoniques). Ils n'ont rien de pathognomonique, et ce n'est que la ponction lombaire qui peut permettre un diagnostic précoce. De là découle l'importance de la recherche des symptômes neurologiques les plus discrets, même dans un syndrome obsessionnel banal.

M. ROUBINOVITCH et Mlle ABRAMSON (*de Paris*), Psychopathologie expérimentale comparée entre les séquelles d'encéphalite épidémique et les perversions constitutionnelles chez les enfants. — Les auteurs ont étudié les troubles intellectuels et affectifs sur 2 groupes d'enfants, les uns avec séquelles d'encéphalite, les autres avec perversions morales constitutionnelles. Chez le pervers constitutionnel, il y a déviation affective, chez l'enfant post-encéphalitique, il y a plutôt régression vers le puérilisme et l'infantilisme affectifs.

MM. CLAUDE, TARGOWLA et CODET (*de Paris*), Le traitement malarien de la Paralysie générale. — Les auteurs rapportent les résultats obtenus chez 30 malades, dont 15 avec traitement malarien simple et 15 avec association de ce traitement au traitement arsénical et mercuriel (1 cas). La méthode est remarquable par sa simplicité et l'absence d'accidents. Ses résultats sont tout à fait impressionnants. Dans 8 cas sur 30 la sortie a été possible, 3 malades ont repris, au bout de 3 mois, leurs fonctions professionnelles. L'amélioration porte surtout sur l'état mental, le syndrome neurologique est moins influencé. Quant au syndrome humoral, les auteurs ont observé la chute de la lymphocytose et de l'hyperalbuminose. Les réactions colloïdales sont peu modifiées. Présentation des malades traités lors de la visite à Ste-Anne.

## DISCUSSION

M. Ley rappelle les résultats obtenus par la même méthode en Belgique (35 0/0 environ de bonnes rémissions. — M. Répond insiste sur les cas où la réaction fébrile ne se produit pas et préconise alors les injections de nucléinate de soude. Il a vu dans des cas traités la disparition des troubles paralytiques et leur remplacement par des symptômes schizophréniques. — M. Wimmer a des doutes sur l'importance de l'amélioration mentale et conseille de ne jamais suspendre la tutelle. — M. Anglade rappelle ses essais avec la tuberculine et insiste sur la fréquence des ictus qui surviennent tardivement chez les malades traités. Donc : prévenir les familles. — M. Claude est d'accord avec M. Wimmer pour faire des réserves médico-légales en matière de responsabilité, mais bien moins en matière civile.

MM. A. MARIE et V. KOHEN (*de Paris*), Leucopyrétothérapie associée au Bismuth dans la Paralyse générale. — Sur 130 paralytiques généraux traités à Ste-Anne par la tuberculine, le lait, les inoculations de fièvre récurrente, associés au bismuth en petites doses, ils ont obtenu plus de 35 0/0 de rémissions de durée et d'intensité variables. Depuis 8 mois ils ont inoculé à 102 malades le *Plasmodium vivax*, qui donne des réactions fébriles plus favorables que la tuberculine, mais qui doit être manié avec prudence.

MM. JUDE et AUGAGNEUR (*de Paris*), Utilité de l'étude de la psychologie des indigènes pour les médecins, officiers, administrateurs coloniaux. Nécessité d'une collaboration étroite en ce qui concerne les actes administratifs et militaires et le dépistage des maladies mentales. Il faut étudier l'indigène expérimentalement et non pas introspectivement sur nous-mêmes. Ainsi, l'action du médecin sur les indigènes n'est pas due uniquement à son autorité de médecin, mais encore aux croyances mystiques de ces sujets. Il faudrait imposer aux officiers et administrateurs coloniaux des stages d'hygiène morale et physique.

M. BÉRILLON (*de Paris*), Le métissage, facteur de la dégénérescence mentale. — Il faut rechercher ce facteur étiologique systématiquement chez les enfants anormaux.

Le réflexe verbo-auriculo-ducteur : son utilisation en psychothérapie : Le sujet qui, en état de résolution, reçoit un ordre, ou auquel on annonce l'exécution d'un acte, garde la tendance d'exécuter cet acte, après le réveil. Ce fait peut suggérer des méthodes thérapeutiques.

MM. HEUYER et LAHY (*de Paris*), Résultats de 3 années d'orientation professionnelle. — Les auteurs ont organisé, dans une école de Paris, un conseil d'orientation professionnelle qui se compose d'un médecin, d'un psychologue et d'un instituteur, qui collaborent dans l'observation des enfants. Les résultats montrent que les décisions prises par ce conseil étaient dans tous les cas conformes aux aptitudes des enfants, car tous sont restés dans leur profession, tandis que ceux dont les parents n'ont pas suivi les décisions du conseil, ont tous changé ultérieurement de métier.

DISCUSSION : M. Raynaud (*d'Orléans*) a fait des expériences du même genre dans son école d'anormaux. Il a réussi à faire un grand nombre de placements avec résultats constamment favorables. — M. Claude (*de Paris*) a annexé à sa Clinique son service pour enfants avec tendance à la délinquance, afin de permettre à ses élèves l'étude de l'enfance anormale, ignorée trop des médecins. Il insiste sur l'importance du dépistage précoce des aptitudes professionnelles. — M. Bérillon (*de Paris*) préconise la suggestion (même dans l'hypnose) pour l'orientation professionnelle des enfants anormaux, souvent très suggestibles.

M. RAYNAUD (*d'Orléans*), Où et comment on doit traiter les psychopathes. — Exposé des méthodes employées à Fleury-les-Aubrais, sous la direction de l'auteur. L'asile forteresse doit céder la place à la maison de cure, à l'hôpital-village. Les familles y ont accès non seulement aux jours de visite mais dès que leur présence est nécessaire. L'isolement précoce s'impose pour de nombreux psychopathes, mais le placement d'office ne devrait jouir que dans les cas où la famille est réfractaire à ses devoirs envers le malade ou en l'absence de famille. Le placement volontaire pour indigents a pu être réalisé à Fleury-les-Aubrais.

Depuis 1913 des malades y sont admis en cure libre. Ils sont mélangés avec les pensionnaires tranquilles de l'asile.

Le psychopathe ne saurait être traité dans un hôpital général ; il n'y a que l'hôpital psychiatrique qui puisse lui garantir, grâce à ses installations spéciales (ateliers de travail, etc.) un traitement et une réadaptation sociale efficaces.

MM. TOULOUSE et Roger DUPOUY (*de Paris*), Services ouverts et Prophylaxie mentale. — Le service ouvert de Ste-Anne se compose de 2 organismes : le service d'hospi-

talisation permet le traitement sans internement des psychopathes, traitement ambulatoire au dispensaire et traitement à demeure dans les salles d'hospitalisation, permettant aussi la mise en observation préalable des malades dont l'état exigera ultérieurement l'internement. — Le service de prophylaxie a pour but de dépister la maladie mentale débutante dans tous les milieux, à l'école, à l'usine, au bureau, dans tous les groupements où l'on peut pénétrer, dans les familles mêmes. Il s'occupe encore des malades sortis de l'hôpital, les aidant dans la reprise de la vie sociale. Enfin les enquêtes des assistances sont particulièrement actives dans les cas qui leur sont signalés de toxicomanie.

M. DUPOUY (de Paris), *Des modalités de l'internement au Dispensaire de Prophylaxie mentale.* — L'auteur montre tout l'intérêt qu'il y a de posséder, aux portes mêmes de l'asile d'aliénés, un dispensaire et un service ouvert organisés pour l'examen immédiat d'un psychopathe consultant, pour son observation détaillée et prolongée après hospitalisation, pour la réception momentanée d'un agité dont le placement volontaire est légalement impossible, et son maintien jusqu'à l'obtention du réquisitoire à fin du placement d'office, en un mot pour le dépistage des aliénés et la pratique de leur internement.

M. CAPGRAS (de Paris), *La consultation des états délirants au Dispensaire de Prophylaxie mentale.* — Cette consultation permet de constater la vie en liberté de nombreux délirants chroniques : petits persécutés mélancoliques et hypocondriaques surtout, mais aussi grands délirants systématisés, hallucinatoires et interprétatifs. L'auteur a noté la fréquence du délire d'influence et du délire spirite. Beaucoup de ces sujets profitent de la psychothérapie qui leur est faite ; les rémissions ne sont pas rares ; mais l'insociabilité de certains malades exige parfois leur internement. Cette mesure est immédiatement prise lorsqu'un danger est à présumer. Par contre, les malades sociables, passifs, inaggressifs sont laissés en liberté, parfois, malgré la richesse de leur délire.

M. MIGNOT (de Paris), *Les alcooliques au Dispensaire d'Hygiène mentale.* — Après quelques documents relatifs à la démographie de l'alcoolisme, l'auteur montre le rôle joué par le Dispensaire dans le traitement et la prophylaxie

des conséquences de cette intoxication. Les buveurs sont admis en cure libre ou dirigés, avant toute réaction dangereuse, dans les asiles. Il est regrettable qu'en France il n'y ait toujours pas d'asiles spéciaux pour les buveurs ni une loi permettant l'isolement, de durée suffisante, des alcooliques.

M. ABELY (de Charenton), Les psychopathies tuberculeuses au dispensaire. — L'auteur a essayé de montrer, à l'aide de méthodes nouvelles, le rôle important de la tuberculose dans l'étiologie de la démence précoce. Il a retrouvé des antécédents tuberculeux chez des déments précoces dans la proportion de presque 60 0/0.

L'étude de la démence précoce à sa phase initiale permet de découvrir que la tuberculose a souvent précédé la maladie mentale. On peut observer chez des tuberculeux avérés toute une gamme d'états schizophréniques allant des formes les plus atténuées jusqu'aux dissociations psychiques les plus profondes. Le rôle étiologique de la tuberculose latente est très important. C'est le plus souvent l'intoxication tuberculeuse insidieuse et prolongée qui détermine le syndrome hétérophrénocatatonique. Elle peut être décelée par la réaction de Besredka, qui a été positive dans 29 cas sur 45 examinés.

M. ROUBINOVITCH (de Paris), Quelques considérations sur la consultation neuropsychiatrique infantile au Dispensaire d'Hygiène et de Prophylaxie mentales. — L'auteur montre, à l'aide de statistiques, l'intérêt qu'apportent parents et éducateurs à cette consultation, 15-20 0/0 des enfants examinés doivent être internés, et parmi les cas justiciables de l'internement, il faut noter celui de l'enfant qui est enlevé à un milieu intellectuel et moral anormal. L'auteur conseille le placement des enfants arriérés des villes dans des familles paysannes rurales.

M. MIGNARD (de Paris), La pratique de la psychothérapie au Dispensaire d'Hygiène mentale. — La plupart des psychopathes traités sont des obsédés, des hypocondriaques, des inquiets, mais il ya aussi des délirants, des excités, de petits schizophrènes. Chez les uns le traitement n'a pas d'effet parce qu'ils l'abandonnent trop vite, chez d'autres l'effet est rapide, parfois les résultats favorables ne se font remarquer qu'après un traitement prolongé ; enfin certains cas demandent des traitements périodiques, pour permettre au sujet

la vie en liberté. — M. Charpentier (de Paris) distingue la psychotérapie systématique (psychoanalyse) de la psychotérapie indirecte.

M. LAHY et Mlle WEINBERG, Courbe de fréquence des temps de réaction dans les cas de troubles mentaux et chez les normaux. — Démonstration à l'aide de graphiques de ces différences. Chez les psychopathes il y a des oscillations fréquentes dans le temps de réaction. La courbe est régulière chez les normaux. Ces résultats sont confirmés par M. Ley (de Bruxelles) notamment en ce qui concerne les insuffisants mentaux.

M. LUCCHINI, Budget de la psychopathie. — Sur 100 malades traités au service de Prophylaxie, 20 ont abandonné complètement le travail, 38 l'ont cessé depuis 8 jours au moins, chez 24 la capacité de travail est diminuée, 18 seulement ont continué leur travail normal jusqu'au jour de la consultation. Or il y a 100.000 psychopathes à Paris. D'où on peut évaluer l'importance des pertes financières que provoque la psychopathie.

#### COMMUNICATIONS DE NEUROLOGIE

M. FROMENT (*de Lyon*), La dysbasia lordotica, dite spasme de torsion, et son mécanisme physiologique. — Dans cette intéressante communication, illustrée par des films et des projections, l'auteur précise les troubles de la marche dans le spasme de torsion. Les mouvements de la tête et des membres supérieurs, associés au renversement en arrière, s'expliquent comme des mouvements de compensation pour empêcher la chute. L'auteur démontre l'inexactitude du terme « spasme de torsion », car il n'y a pas d'hypertonie. Il explique le renversement en arrière pendant la marche en terrain comme l'exagération d'un phénomène physiologique, l'inclinaison du corps en arrière. Le sujet qui court, qui pousse une voiture, qui marche en amont ou en arrière, est normalement incliné en avant, d'où absence du redressement, absence « paradoxale » en apparence seulement, des troubles de la démarche. Ces données sont d'une grande portée pratique, car elles influencent le traitement des malades atteints de dysbasia lordotica : corsets spéciaux, procédés de gymnastique et peut-être prothèse chirurgicale.

DISCUSSION : M. Henner (*de Prague*), insiste, à propos de 3 observations personnelles de spasme de torsion postencé-

phalitique, sur l'évolution avec 4 phases : encéphalite — phase de latence — phase de début de parkinsonisme — phase du spasme de torsion ; la *dysbasia lordotica* lui semble réalisable par plusieurs causes anatomopathologiques. — M. Wimmer (de Copenhague) ne veut pas voir nier un élément hypercinétique dans le spasme de torsion. — M. Schneider (de Lausanne) se demande s'il y a pas plutôt retard d'intervention des fléchisseurs, que diminution de leur action, dans les troubles de la démarche du « spasme de torsion ». — M. Froment répond à M. Wimmer qu'il ne nie pas absolument la possibilité de phénomènes hypercinétiques, mais que les phénomènes d'hypotonie seuls sont prouvés.

M. VAN DER SCHEER (*Hollande*), Le Mongolisme. — Etude basée sur 347 sujets, 1 0/00 de la population hollandaise sont atteints de cette affection ; dans les asiles la proportion est de 5,5 0/0. L'hérédité syphilitique et tuberculeuse semblent avoir peu d'importance, le rôle de l'hérédité en général reste à préciser. 55,5 0/0 des malades sont derniers-nés, les mères de 56 0/0 avaient dépassé l'âge de 40 ans. L'auteur expose une théorie amniotique pour expliquer les symptômes du mongolisme. L'étroitesse de l'amnios déterminerait des troubles de croissance, notamment de la région médiane du crâne, d'où déformation de la tête et des yeux, xyphose arcuaire, etc. Les troubles tardifs trophiques de la peau, des muqueuses et des dents, les troubles mentaux seraient plutôt dus à l'influence nocive sur la trophicité des tissus, de l'exagération de la pression hydrostatique du liquide amniotique.

DISCUSSION : M. A. Marie insiste, en se basant sur des observations personnelles, sur le rôle de l'hérédosyphilis dans la production du mongolisme. — M. Ley (de Bruxelles) : les troubles du caractère et les troubles affectifs de l'imbécillité mongolienne sont typiques et se caractérisent par l'euphorie continue, la douceur, la jovialité. Ne serait-il pas possible de trouver une explication anatomopathologique à cette affectivité particulière ?

MM. DONAGGIO et TESTA (*de Modane*), Lésions du névraxe dans le traumatisme expérimental. — En examinant des cerveaux de cobayes et de lapins immédiatement après des commotions expérimentales, les auteurs ont constaté des cylindraxes et des gaines de myéline à la décoloration. Il y a donc des modifications histochimiques des fibres nerveuses, que les



méthodes de Donaggio pour la coloration des dégénérescences axiles précoces permettent de mettre en évidence.

M. VAN GEUCHTEN (*de Bruxelles*), L'étude des voies de conductions par la dégénérescence axile précoce. — Le moment précoce pour l'examen est 3-4 jours après la section intracrânienne, chez le lapin. L'auteur a pu préciser les rapports nucléaires du nerf vestibulaire et mettre en relief l'abondance, dans ce nerf, des fibres descendantes, sur l'origine et le rôle desquelles il faut de nouvelles recherches.

M. KIPCHIDZE (*de Tiflis*), Les syndromes des mouvements réactionnels de Barany et les lésions correspondantes du cervelet. — Etude basée sur 13 cas examinés. L'auteur conclut à l'existence de localisations dans le cervelet. Le centre de déviation en dehors de l'avant-bras est situé dans la partie antéro-interne du lobule digastrique. L'intégrité des pédoncules moyens n'est pas nécessaire pour la production des mouvements réactionnels. L'absence de ces mouvements prouve qu'il y a des lésions graves des centres cérébelleux.

M. WLADITZKO (*de Prague*), Sur un traitement alimentaire de l'épilepsie. — Des troubles hypoglycémiques sont révélés par l'examen du sang chez certains épileptiques. Leur existence peut être démontrée aussi chez des animaux qui ont des troubles convulsifs analogues à ceux de l'homme. L'auteur montre, à l'aide de graphiques, le rôle de l'hypoglycémie dans la production des crises et insiste sur l'utilité du traitement alimentaire dans l'épilepsie avec hypoglycémie.

M. MINKOWSKI (*de Zurich*), Troubles sensomoteurs et mouvements athétoïdes chez un chat opéré (*avec film et projection de coupes*). — La localisation et le mécanisme de ces troubles sont encore insuffisamment établis. Beaucoup d'auteurs les rattachent à des lésions des voies extrapyramidales et de leurs ganglions. L'anatomie pathologique a montré à M. Minkowski l'absence complète de lésions de cet ordre, qui ne sont donc pas indispensables pour la production des mouvements athétoïdes.

MM. D'HOLLANDER et RUBBENS (*de Louvain*), Recherches anatomoexpérimentales sur la constitution du pédoncule cérébral et ses contingents sousthalamiques. — Les auteurs exposent leurs résultats à l'aide de projections de coupes. Les recherches — faites sur le lapin, en utilisant les méthodes de

Marcchi et de Gudden — ont permis de préciser la localisation dans les pédoncules cérébraux, des fibres venant des différentes régions de l'écorce (lésions de l'écorce occipitale, — lésions du tiers externe du pédoncule ; lésions de l'écorce frontale, — lésions de la partie interne du pédoncule, etc.). Elles ont permis aussi de préciser les relations entre les pédoncules cérébraux et la bandelette optique, en vérifiant l'existence du contingent pédonculaire ou cérébral de la bandelette, entrevu déjà par Déjerine et Cajal.

### MÉDECINE LÉGALE

M. PRINCE (*de Rouffach*), La notion d'incurabilité en aliénation mentale d'après l'article 1569 du Code Civil allemand — Selon cet article, pour que le divorce puisse être prononcé, il faut que la communauté intellectuelle soit supprimée entre les époux et ne présente plus aucune chance de rétablissement dans l'avenir.

Il suffit que cette disparition ait lieu au moment du jugement. Par contre, le divorce n'est pas recevable lorsque persiste l'éventualité d'une amélioration, même temporaire. Dans une expertise, l'auteur avait mentionné l'éventualité d'une amélioration, tout en précisant que celle-ci ne serait jamais de nature à rétablir la communauté intellectuelle. Le divorce ne fut pas prononcé. Dans un cas analogue, la Cour de Colmar avait confirmé le jugement négatif du tribunal de 1<sup>re</sup> instance. Dans un 3<sup>e</sup> cas, le jugement négatif fut cassé par la Cour de Colmar, l'expert ayant pu affirmer dans l'intervalle l'incurabilité absolue.

M. WESTERHUIS (*de Hollande*), Quelques expériences faites dans une maison centrale. — L'auteur rappelle l'existence, en Hollande, de maisons spéciales : Scheveningue, pour les psychopathes et les tuberculeux ; Leuwarden, pour peines dépassant 5 ans. Les statistiques prouvent que la majorité des délinquants récidivants débutent avant l'âge de 35 ans. La guerre a provoqué une baisse frappante de la délinquance, attribuable à la régularisation de la vie des jeunes gens par la mobilisation. Cette baisse a été suivie d'une hausse aussi étonnante de la délinquance, de 1918-1920. Le travail, la vie disciplinée et surveillée, sont des moyens prophylactiques efficaces contre la délinquance des jeunes gens. Dans la délinquance débutant à un âge avancé, il n'est pas nécessaire d'infliger des punitions rigoureuses.

Ernest BAUER.

# SOCIÉTÉS SAVANTES

---

## Société clinique de médecine mentale

Séance du 18 Mai 1925

Présidence : M. le D<sup>r</sup> LAIGNEL-LAVASTINE

**Syphilis cérébrale précoce.** — MM. P. CARRETTE et LAMACHE (service du D<sup>r</sup> Sérieux) présentent une jeune femme de 23 ans, hérédo-spécifique, débile mentale, chez laquelle se sont déclarés, il y a deux ans, des troubles mentaux polymorphes évoquant un début de démence précoce. Améliorée à la suite d'un état fébrile intercurrent, la malade est restée en rémission pendant un an, puis elle a présenté un état d'excitation avec apparence d'affaiblissement psychique et signes physiques de paralysie générale qu'on décèle encore actuellement. Le liquide céphalo-rachidien est normal quant à l'albumine, à la cestologie et aux réactions colloïdales, mais le Wassermann, autrefois négatif, est devenu positif au cours du dernier examen pratiqué. Les auteurs interprètent cet ensemble symptomatique comme un syndrome de syphilis cérébrale diffuse à rechutes, qu'ils différencient d'une part de la Démence précoce avec coïncidence de syphilis, d'autre part de la paralysie générale. Ils espèrent confirmer leur diagnostic à la suite d'un traitement spécifique prolongé.

**Dipsomanie chez un cyclothymique,** par L. MARCHAND et Xavier ABÉLY. — Il s'agit d'un sujet âgé de 63 ans qui, dès l'âge de 20 ans, éprouva des accès de dipsomanie, d'abord de courte durée. Depuis onze ans, les accès se prolongent pendant plusieurs jours et sont séparés par des périodes normales de six mois environ. L'accès débute sans prodromes ; pas de dépression initiale, pas d'anxiété précordiale, pas de lutte pour résister au funeste penchant. Le malade ne se cache pas pour boire, comme le ferait un dipsomane obsédé. L'excitation intellectuelle, le besoin de mouvement qui accompagnent la crise dès la première phase, l'euphorie, l'exagération des désirs génésiques, la perte des convenances, la dépression qui suit l'accès sont bien en rapport avec la forme dipsomaniaque de la psychose intermittente.

**Amnésie, affaiblissement intellectuel ou confusion mentale à répétition.** — M. GUILLOT (Service du D<sup>r</sup> Henri Colin) présente une malade qui a déjà fait l'objet d'une communication à la Société clinique le 10 novembre 1923. Il s'agit d'une femme de 43 ans, d'intelligence normale et d'assez

bonne instruction, employée au Service de publicité du Printemps. Pas de troubles du caractère. Aucun antécédent pathologique héréditaire ou personnel. Pas d'encéphalite ou de psychose polynévritique. Jamais d'ictus, ni de crises comitiales. Brusquement, en août 1923, la malade devint indifférente, inerte, ne s'intéresse plus à rien, puis commet une série d'actes pathologiques. Elle s'empare d'un vase sans le payer, jette des aliments et des montres (mari horloger) dans la boîte à ordures, fait de courtes fugues.

Entrée à l'Admission en octobre 1923, Mme P..., sous les apparences d'une bonne santé, présente des troubles très profonds de la mémoire et de l'attention et une tendance à la fabulation. Dans le service, la malade est inerte, mais docile. Pas d'hallucinations.

L'examen neurologique ne fournit que des éléments négatifs. Le liquide céphalo-rachidien est normal.

La malade fait un séjour de cinq mois à l'Admission. Elle sort très améliorée en mars 1924. Elle est rendue à son mari, qui la rééduque. L'amélioration est continue jusqu'en juillet 1924, puis l'état reste stationnaire jusqu'à la fin de l'année.

Au début de 1925, la malade redevient indifférente, puis commet une série d'actes pathologiques tout à fait comparables à ceux relatés plus haut : elle jette les montres et les aliments dans la boîte à ordures, emporte une boîte de sparklets sans la payer et sans rendre une boîte vide en échange, enfin fait une fugue : partie au Bourget, elle est retrouvée le lendemain à Danmartin-en-Goële. Elle avait marché pendant 30 heures.

Ramenée à l'Admission le 11 mars 1925, la malade est en état de surexcitation. Elle est désorientée.

Les troubles de la mémoire et de l'attention sont très accusés. L'examen neurologique est négatif. Pas de fièvre. La malade présente une bartholinite, opérée au Pavillon de Chirurgie sans qu'on ait noté de modification de l'état mental.

Actuellement, le 18 mai 1925, la mémoire et l'attention sont beaucoup moins troublées, la malade s'intéresse à ce qui se passe autour d'elle, mais ne se souvient ni de son vol, ni de sa fugue, ni de ses actes déraisonnables.

Les auteurs se demandent s'il s'agit d'une P. G. avec rémission, d'un état confusionnel à répétition ou d'une amnésie lacunaire.

---

*Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.*

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES  
JOURNAL  
DE  
L'ALIÉNATION MENTALE  
ET DE  
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

---

Chronique

---



*Les aliénés transférés en province  
et la protection de leurs biens*

---

En 1838, tous les aliénés de la Seine étaient traités à Bicêtre et à la Salpêtrière. Leur hospitalisation et la protection de leurs biens étaient confiées à l'Assistance publique de Paris. Dès 1844, l'encombrement des deux hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière obligea l'Assistance publique à transférer un certain nombre de malades en province, et le premier traité, passé avec l'Asile d'Armentières, date du 23 octobre 1845. Or, la loi du 10 janvier 1849, consécutive à ces premiers transferts, loi relative « à l'organisation de l'Assistance publique à Paris », disposa en son article III : « Le « Directeur de l'Assistance publique a la tutelle

« des enfants trouvés, abandonnés et orphelins ;  
« il a aussi celle des aliénés. »

En conformité de ce texte, l'Assistance publique assura dès lors la gestion des biens des aliénés de la Seine, *en quelque établissement qu'ils fussent traités*. Le Service des Aliénés ayant été rattaché, dès 1873, à la Direction de l'Administration générale de la Préfecture, la tutelle des aliénés fut, dès lors, exercée par la Commission de surveillance instituée auprès de ce service par délégation des pouvoirs que le Directeur de l'Assistance publique tenait de la loi de 1849, loi qui est toujours en vigueur. Une jurisprudence constante a, depuis lors, sanctionné cette thèse. Jamais la validité des actes accomplis par l'Administrateur des biens des aliénés de la Seine, au nom des malades traités en province au compte du Département, n'a été contestée. Jamais les tribunaux n'ont mis en doute sa compétence lorsqu'il a sollicité, dans l'intérêt de ces aliénés, une autorisation ou une homologation de justice, ou sa nomination comme mandataire *ad litem*.

Or, tout récemment, le Directeur-médecin d'un asile de province a contesté les droits de l'Administrateur provisoire des biens des aliénés de la Seine et refusé de lui confier une somme d'argent et des titres qu'avait en dépôt, au Crédit Lyonnais, une malade internée d'office dans son établissement au compte du Département de la Seine. L'affaire a été soumise à la Commission de surveillance des Asiles de la Seine et discutée à la séance de décembre 1924. Les conclusions de cette discussion ont été les suivantes :

1° Les intérêts des aliénés sont normalement au lieu de leur résidence, en l'espèce dans la Seine. Comment, en effet, les administrateurs de province pourraient-ils procéder aux enquêtes nécessaires pour déterminer la consistance du patrimoine des malades ; recherches au domicile, démarches à la Préfecture de Police, dans les mairies, dans les banques, chez les officiers ministériels, aux greffes du Tribunal civil, du Tribunal de commerce, etc. ? Comment pourraient-ils assurer la gestion des fonds de commerce, des immeubles, conserver les logements, assurer, le cas échéant, l'enlèvement et la garde des mobiliers, questions qui ne peuvent, le plus souvent, être traitées qu'après de nombreux entretiens avec les familles et les tiers ? De multiples incidents surviennent chaque jour : c'est une fuite d'eau qui s'ouvre dans un appartement ; il faut « couper » le gaz ou l'électricité ; il faut rechercher des papiers importants, des objets déposés au Crédit municipal et les dégager.

2° En cas de litige, la juridiction compétente (Justice de Paix, Tribunal civil, Tribunal de commerce) est celle du domicile de l'aliéné. Comment un administrateur de province pourrait-il suivre l'instance, entendre la partie adverse, conférer avec le Procureur de la République, l'avoué, l'avocat, etc. ?

3° La question des frais de séjour est strictement liée à la question de l'administration des biens ; une gestion vigilante assure des ressources qui diminuent d'autant la charge de la collectivité. Il convient, à ce sujet, d'observer que c'est à l'Administration des biens qu'il appartient de faire emploi

des revenus des malades, et notamment de faire le départ des sommes à appliquer à l'acquit des frais de séjour et de celles qui doivent être remises aux familles à titre de secours. Dans la Seine, l'Administrateur subordonne sa décision à l'avis d'une Commission, dite Commission des frais de séjour, délégués du Conseil général et dont il fait lui-même partie.

4° Les poursuites contre les redevables des frais de séjour des malades hospitalisés sont obligatoirement exercées à la requête de l'Administration provisoire. Si le Département de la Seine est tenu de recourir aux Administrateurs de province, ceux-ci pourraient, ne fût ce que par négligence, empêcher toutes poursuites et paralyser son action.

Telles ont été les raisons exposées à la Commission de surveillance, en faveur du statut qui régit actuellement l'administration des biens des aliénés de la Seine. Il semble que dans l'intérêt des malades transférés en province, toutes ces considérations soient de nature à maintenir le régime instauré par la loi de 1849, consacré par une jurisprudence constante et qui protège, dans les conditions les plus favorables, les biens et la fortune des aliénés transférés dans les établissements provinciaux.

A. RODIET.

---



# Contribution Physiologique à l'Etude des Psychoses d'Intoxications (Rôle étiologique du déséquilibre neuro-végétatif) (1)

Par D. SANTENOISE et M. VIDACOVITCH

---

Depuis une trentaine d'années, l'étiologie et la pathogénie de certaines psychoses se sont considérablement éclairées à la lumière des travaux qui ont montré l'importance du rôle joué par les intoxications exogènes et endogènes. Le délire aigu des psychoses toxiques et infectieuses, les troubles mentaux liés à des états diathésiques ou autotoxiques, les différents états confusionnels enfin, étaient groupés sous le nom de psychoses d'intoxication. On admet que ces troubles mentaux sont dus à l'intoxication des cellules cérébrales par des poisons exogènes, des autotoxines ou des toxines microbiennes.

Il n'échappait cependant à aucun clinicien que le poison n'est pas tout. Il ne suffit pas en effet qu'un produit toxique existe dans la circulation pour que se déclanche une psychose. Combien de sujets présentent de nombreuses causes d'autointoxication sans jamais devenir des psychopathes ! Combien de rénaux, d'hépatiques, de dysendocriniens qui ne présentent jamais de troubles mentaux malgré des perturbations profondes de leur constitution humorale.

D'autre part, on sait avec quelle facilité certains individus font de la confusion mentale à la suite de la moindre infection. De même la différence de susceptibilité des individus vis-à-vis de l'alcool est une notion banale et courante. Roubinovitch écrit à ce sujet : « Quel que soit la voie et le mode d'introduction du poison, la présence seule de la substance toxique dans l'organisme n'est pas suffisante pour déterminer des troubles psychiques. D'autres conditions

---

(1) Travail de la clinique des Maladies mentales de la Faculté de Paris.

« entrent en ligne de compte ; parmi elles, il faut  
« signaler avant tout la susceptibilité particulière de cha-  
« que sujet à l'action de tel ou tel poison. Cette suscep-  
« tibilité individuelle résulte elle-même d'une série de  
« facteurs plus ou moins importants, comme la predis-  
« position héréditaire à l'idiosyncrasie acquise par un  
« usage prolongé et progressif, et elle est si variable  
« qu'une dose de poison, suffisante pour provoquer un  
« accès de délire chez tel individu, arrive à peine à  
« troubler le sommeil chez un autre. D'ailleurs la varia-  
« bilité de résistance se constate non seulement chez  
« des individus différents, mais à différents moments  
« chez le même sujet. Tel buveur, par exemple, qui  
« supporte sans inconvénient apparent, et pendant des  
« années, des doses considérables d'alcool, fait un  
« accès de délire, parfois très intense, s'il est affecté  
« d'un traumatisme, d'une pneumonie ou d'un éréty-  
« pèle... »

On a voulu expliquer ces différences de susceptibilité individuelle par l'aptitude spéciale que présentent certains sujets. Cette attitude serait liée à un état particulier des cellules nerveuses, héréditaire ou acquis.

Toutefois, cette explication n'est pas suffisante, car on voit bien des sujets, anormaux au point de vue nerveux, qui ne présentent pas de sensibilité particulière aux intoxications et qui ne font, par exemple, aucun trouble confusionnel à la suite de maladies infectieuses graves. C'est pourquoi on a cherché à interpréter cette susceptibilité individuelle aux psychoses d'intoxication à l'aide des notions établies par la pathologie générale.

L'intoxication des cellules nerveuses est évidemment liée à la quantité de poison présente dans les humeurs. Celle-ci est en rapport avec l'activité des organes chargés de protéger l'organisme contre les poisons. Les uns, comme les reins, servent d'émonctoires et rejettent les produits toxiques ; d'autres, comme le foie, arrêtent les poisons, les transforment ou les neutralisent. On a aussi attribué un rôle antitoxique à certaines glandes endocrines, telles que les capsules surrénales. La résis-

tance individuelle aux intoxications est donc étroitement liée à l'état fonctionnel de ces différents organes.

C'est ainsi qu'on a été conduit à faire jouer un rôle très important aux troubles hépatiques dans la genèse des psychoses d'intoxication. Cependant, on observe des confusions mentales chez des sujets jeunes, à foie et à reins normaux, à la suite d'infections même bénignes. Inversement beaucoup d'hépatiques et de rénaux ne présentent jamais de troubles mentaux. D'ailleurs, on observe en pathologie, des différences de susceptibilité individuelle qui paraissent indépendantes de l'état du foie ou du rein. Ainsi, certains sujets présentent une intolérance extraordinaire pour tel médicament, tel aliment, sans avoir ni lésions rénales, ni lésions hépatiques. Les phénomènes d'anaphylaxie, d'idiosyncrasie paraissent bien indépendants de l'état fonctionnel hépatique ou rénal.

Or, dans la pathogénie des troubles morbides dus aux intoxications, il est un facteur dont, en pathologie générale comme en psychiatrie, on n'a pas, à notre avis, suffisamment tenu compte, c'est *le pouvoir d'absorption de la cellule intoxiquée*, c'est-à-dire de la cellule nerveuse dans le cas particulier des psychoses d'intoxication. En effet, pour que les phénomènes toxiques se manifestent, il faut que le trouble chimique atteigne l'intérieur même de la cellule, c'est-à-dire la partie liquide dans laquelle sont plongées les micelles, les véritables éléments doués de vitalité. Sans vouloir rechercher par quel mécanisme se développent les troubles micellaires, et sans entrer dans la discussion des arguments qui semblent établir que l'intoxication est essentiellement caractérisée par des modifications colloïdales, on peut admettre que les perturbations de l'équilibre physico-chimiques du protoplasma qui se produisent au cours des chocs et dans les intoxications sont liés à l'activité des échanges cellulaires, et en particulier à l'intensité et à la rapidité des échanges avec le milieu humoral.

Or, les recherches expérimentales que nous poursuivons depuis plusieurs années avec Garrelon sur l'ana-

phylaxie et les intoxications, nous conduisent à penser que le système neuro-végétatif conditionne la gravité des manifestations morbides dues à l'action des poisons, en réglant l'intensité des échanges cellulaires, probablement d'ailleurs par un mécanisme humoral et endocrinien. On pourrait s'expliquer ainsi l'importance du rôle que joue, d'une manière indiscutable, le tonus vago-sympathique dans la susceptibilité individuelle au choc et aux intoxications. D'ailleurs, quelle que soit l'explication du phénomène, les faits expérimentaux et cliniques montrent constamment ce rapport entre le tonus vago-sympathique et la résistance individuelle, c'est-à-dire le terrain.

Ayant, d'autre part, enregistré chez un très grand nombre de psychopathes l'existence de déséquilibres extrêmement marqués du système neuro-végétatif, nous nous sommes demandé s'il n'existait pas un rapport entre l'état du tonus neuro-végétatif et les conditions d'apparition, de production et de manifestation des psychoses d'intoxication.

Nous exposerons très brièvement, dans la première partie de ce travail, nos recherches sur les chocs, les intoxications, les anesthésiques. Dans la seconde partie, nous rapporterons un résumé des constatations que nous avons faites dans plus de 120 cas de psychoses d'intoxications. De cet exposé parallèle des données cliniques et expérimentales ressort nettement l'importance de l'état du système nerveux de la vie végétative dans la genèse de ces psychoses.

#### RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

*Influence de l'équilibre vago-sympathique sur la susceptibilité au choc peptonique.* — Nos expériences, effectuées sur des espèces différentes, nous ont montré que non seulement le système neuro-végétatif intervient dans les manifestations du choc peptonique, mais encore qu'un état particulier de ce système neuro-végétatif est nécessaire à la production de ce choc. Il semble, en effet, que seuls les sujets suffisamment vagoto-

niques sont susceptibles de réagir aux perturbations anaphylactiques humorales par les manifestations habituelles du choc, c'est-à-dire hypotension, leucopénie, inversion de la formule leucocytaire.

*I. Choc peptonique chez le chien.* — Nous avons, dans une première série de recherches, étudié le choc peptonique chez le chien, en suivant plus particulièrement les variations de pression inscrites au kymographe de Ludwig. La peptone était injectée dans la veine saphène. L'état vago-sympathique était suivi régulièrement à l'aide du réflexe oculo-cardiaque, les animaux en expérience étant anesthésiés au chloralose. Plus de 150 injections de peptone ont été pratiquées chez des chiens de poids, de race et d'âge différents.

1° *avec des doses moyennes*, c'est-à-dire d'environ 1 centigr. par kilogr. d'animal (le choc s'obtient déjà avec les doses indiquées par Widal, c'est-à-dire 5 milligr. par kilogr.), nous avons noté les résultats suivants :

a) Chez les animaux présentant un R. O.-C. normal, nous avons enregistré une chute de pression de 2 à 3 cm. se maintenant peu de temps. Rapidement la pression redevient normale et l'animal survit.

b) Chez les sujets naturellement très vagotoniques, nous avons, en général, constaté des chutes de pression brutales et considérables, même avec des doses faibles. Chez eux, le choc étant typique avec défécation, incontinence d'urine, dyspnée et mort rapide.

c) Au contraire, chez les animaux naturellement hypovagotoniques ou à réflexe oculo-cardiaque inversé, nous n'avons noté que de très faibles chutes de pression (1 à 2 cm.), la pression revenant à la normale au bout de quelques secondes. Nous avons même souvent observé, chez des animaux à R. O.-C. nul ou inversé l'absence de toute manifestation au choc.

2° Ce rapport, entre l'état du tonus neuro-végétatif et les différentes susceptibilités individuelles au choc, a été confirmé en modifiant artificiellement l'état vago-sympathique des animaux en expérience.

a) Dans une première série, nous avons hyperexcité le parasympathique à l'aide de nitrate de pilocarpine (1 centigr.). Cette substance a été injectée suivant différents procédés, soit immédiatement avant la peptone, soit simultanément. Dans presque toutes les expériences, le choc a été rapide et violent, avec mort de l'animal beaucoup plus rapide que sur les animaux témoins. Toutefois, nous avons vu plusieurs fois la survie de l'animal après l'emploi de pilocarpine-peptone ; mais, dans tous ces cas, une inversion presque immédiate du tonus neuro-végétatif consécutive au choc semble avoir coïncidé avec la survie.

b) Nous avons obtenu des résultats du même ordre en employant l'ésérine au lieu de pilocarpine.

c) Dans une autre série d'expériences, nous avons diminué l'excitabilité para-sympathique à l'aide d'atropine. Il faut employer des doses assez élevées d'atropine et attendre au moins 30 minutes avant de pratiquer l'injection de peptone. Celle-ci n'est alors pas suivie de chute de pression, ou bien la chute est très faible et passagère.

Cependant, avec des doses élevées de peptone, nous avons toujours observé un choc manifeste, quel que soit l'état du tonus neuro-végétatif.

II. *Choc peptonique chez le lapin.* — Ces données ont été confirmées par des recherches effectuées sur le lapin. On sait que, chez cet animal, une première injection de peptone de dose moyenne ne provoque pas de choc apparent (particulièrement pas de chute de pression artérielle). Or nous avons constaté que généralement le lapin est, à l'état normal, hypovagotonique. C'est vraisemblablement à cause de cette hypovagotonie que l'on n'observe pas chez lui de réaction hypotensive à la suite d'une première injection de peptone. En effet, il nous est arrivé d'observer des lapins nettement vagotoniques avant l'injection ; ces animaux ont présenté, après l'injection, une hypotension toujours assez légère, mais nettement marquée et proportionnelle à l'état de vagotonie antérieure. Enfin, en augmentant expérimentalement l'excitabilité parasympathique par

la pilocarpine, nous avons pu obtenir chez le lapin des chocs violents et souvent mortels.

III. *Influence de l'équilibre vago-sympathique sur la susceptibilité aux intoxications.* — A la suite des recherches sur le choc peptonique, nous avons pensé, devant la constance de nos résultats, que cette relation entre la résistance de l'organisme et le tonus neuro-végétatif était peut-être un phénomène plus général, vrai non seulement pour les poisons, dits anaphylactisants, mais encore pour tous les poisons en général, tant cristalloïdes que colloïdes. Nos expériences nous ont montré l'importance considérable du rôle joué par le système nerveux organo-végétatif au cours des intoxications, et nous avons pu constater que le terrain, c'est-à-dire, en l'espèce, le tonus vago-sympathique, conditionne, plus que le poison, plus que la dose employée, la gravité ou la bénignité des accidents.

a) Chez les sujets à R. O.-C. très marqué, on observe toujours une susceptibilité très grande aux poisons, d'autant plus forte que le réflexe est plus accentué (réceptivité augmentée).

b) Chez les sujets à R. O.-C. faible, nul ou inversé, on observe au contraire une résistance considérable de l'organisme à l'intoxication (résistivité augmentée).

Nous avons choisi comme substance toxique un poison cristalloïde violent, le cyanure double de zinc de potassium, dont la toxicité moyenne est de 5 mg., 1042 par kilogr., d'après Wehréndpfennig (*Dictionnaire de physiologie* de Ch. Richet).

1. Dès nos premières expériences, nous avons été frappés par ce fait que les animaux naturellement vagotoniques présentaient au poison une résistance beaucoup moindre que les animaux hypovagotoniques.

En effet, chez les animaux vagotoniques, nous avons toujours observé, avec des doses bien inférieures à la dose toxique moyenne (3 mg. par kilogr.), un arrêt respiratoire prolongé. Si la vagotonie est très prononcée, cet arrêt peut être définitif et la mort extrêmement rapide. Chez les animaux hypovagotoniques, nous avons

toujours constaté la survie avec ces doses, l'arrêt respiratoire étant de courte durée.

2. Ce rapport entre l'état du tonus organo-végétatif et les différentes susceptibilités individuelles des organismes normaux au poison, a été confirmé en modifiant artificiellement l'état vago-sympathique des animaux en expérience.

Dans une première série, nous avons hyperexcité le parasympathique à l'aide de la pilocarpine. Cette substance a été injectée suivant différents procédés, soit immédiatement avant le cyanure, soit simultanément (les injections, dans ce cas, étaient faites tantôt dans la même veine, tantôt dans les deux saphènes), soit un moment après l'injection de cyanure, lorsque l'animal avait repris son rythme respiratoire. Dans toutes ces expériences, le résultat est constant, mort rapide de l'animal, beaucoup plus rapide que chez les animaux témoins. Toutefois, cette mort présente plusieurs modalités :

a) Quand les injections sont simultanées ou très rapprochées, la mort arrive rapidement (3 à 4 minutes), précédée d'un arrêt respiratoire et d'un affaiblissement graduel de la systole cardiaque avec ralentissement du rythme caractéristique d'un cœur asphyxique.

b) Quand l'injection de pilocarpine est faite postérieurement à celle de cyanure, alors que la respiration s'est manifestée à nouveau après l'arrêt habituel, on observe la mort avec arrêt du cœur presque instantané. L'organisme semble sidéré par le toxique dès que le parasympathique est hyperexcité.

Ces résultats nous ont paru conditionnés bien plus par cette susceptibilité parasympathique que par la dose du toxique injecté. La mort est survenue en effet bien des fois sur des animaux pilocarpinés, avec des doses faibles de cyanure (2 mg. 5 par kg.), qui, sur un animal normal, permettant toujours la survie.

Nous avons obtenu des résultats du même ordre en remplaçant la pilocarpine par l'ésérine.

Dans une autre série d'expériences, nous avons



confirmé le fait déjà vu par Preyer : augmentation considérable de la résistance de l'organisme à l'intoxication par le cyanure au moyen d'atropine. Avec des doses très voisines de la dose toxique moyenne, la survie de l'animal, ainsi rendu artificiellement hypovagotonique, est très prolongée (30 minutes, alors que l'animal témoin meurt en 10 minutes).

Avec des doses faibles, la survie est la règle, ces mêmes doses amenant la mort chez les animaux naturellement très vagotoniques ou pilocarpinés. Au cours de cette survie, une injection de pilocarpine provoque la mort immédiate de l'animal.

3. Cette sensibilité particulière à l'intoxication présentée par des sujets à R. O.-C. intense, s'est manifestée non seulement avec le cyanure, mais encore avec toute une série de poisons violents. Nous avons vu, en effet, avec la strychnine, des convulsions survenir chez des animaux vagotoniques à la suite de l'injection de  $1/10^{\circ}$  de mg. par kg., alors que la dose convulsivante est d'environ  $3/10^{\circ}$  de mg. par kg.

Enfin, les recherches que nous poursuivons sur les poisons électifs du système nerveux, nous conduisent expérimentalement à des conclusions du même ordre. L'emploi des anesthésiques, c'est-à-dire de substances dont l'action apparente est due à l'imprégnation toxique des cellules corticales, nous a paru particulièrement indiqué, afin de nous rapprocher le plus possible des conditions réalisées dans les psychoses d'intoxication, où il semble bien que les symptômes morbides soient dus à l'intoxication des cellules corticales.

*Anesthésie par le chloralose et excitabilité du système nerveux organo-végétatif.* — Nous avons en particulier étudié la sensibilité des animaux au chloralose. Les expérimentateurs ont remarqué depuis longtemps les différences de réactions d'animaux de même espèce aux injections de chloralose. Avec une même dose par kg. d'animal, on est loin d'obtenir toujours les mêmes effets anesthésiques.

Au cours de nos expériences, nous avons eu l'occa-

sion de constater que les animaux les plus rapidement et les plus profondément anesthésiés étaient ceux qui présentaient une excitabilité para-sympathique marquée. Au contraire, ceux qui s'endormaient difficilement présentaient en général un vague peu excitable.

Dans une série d'expériences, nous avons employé la dose habituelle de chloralose, c'est-à-dire 10 cg. par kg. d'animal. Chez les chiens à R. O.-C. nul avant et après l'injection, cette dose a été insuffisante pour obtenir un sommeil profond. Il a été nécessaire, pour obtenir l'absence de toute réaction douloureuse, de redonner de l'anesthésique.

Nous avons ensuite modifié le tonus neuro-végétatif de nos animaux en expérience à l'aide d'agents pharmacodynamiques.

Nous avons inhibé l'excitabilité parasympathique à l'aide de l'atropine, cet alcaloïde étant injecté par voie sous-cutanée. Une première injection de 1 mg. 5, suivant le poids de l'animal, était pratiquée 3/4 d'heure avant l'administration du chloralose. Une deuxième injection de 1 mg. était faite quelques minutes avant l'anesthésie. Dans ces conditions expérimentales, les animaux ont été peu sensibles à l'action du chloralose. Les réactions sensibles persistent plus de 3/4 d'heure, l'animal gémit et retire sa patte, si on le pince. Les réflexes, par contre, ont été généralement peu exagérés.

Inversement, nous avons augmenté la susceptibilité du vague par des injections intra-veineuses d'ésérine à la dose de 1 à 1 mg. 5. Les injections étaient pratiquées immédiatement après l'administration du chloralose. Le sommeil, chez ces animaux, a toujours été rapide et profond, apparaissant d'une façon brutale au bout de 3 à 5 minutes, alors que, chez les animaux témoins, il met beaucoup plus de temps à s'installer.

De plus, chez ces animaux, nous avons aussi constaté une hyperexcitation médullaire, se manifestant soit par de véritables convulsions, soit par une exagération très marquée des réflexes. Tout se passe comme si la corticalité se trouvait sidérée et la moelle surexcitée par une imprégnation beaucoup plus rapide de l'anesthésique.

Enfin, chez certains de nos animaux atropinisés au préalable et dormant mal, une injection d'ésérine a provoqué l'apparition du sommeil.

Dans une autre série d'expériences, nous avons employé des doses faibles et des doses fortes de chloralose.

Nous avons pu ainsi obtenir une anesthésie complète, rapide et persistante, avec des doses de 0,005 à 0,006 par kg., mais suivies d'une injection d'ésérine.

Par contre, des doses élevées, 12 cg. par k., n'ont pas aboli les réactions sensibles si les animaux avaient été au préalable atropinisés.

Nous avons même, dans plusieurs expériences, dépassé la dose toxique indiquée par Ch. Richet (15 cg. par kg.) en injectant 17 à 18 cg. par kg. Les phénomènes d'intoxication, respiration périodique et apnée, ont apparu bien plus tardivement que chez les animaux témoins : 50 à 60 minutes, au lieu de 12 à 20 minutes. De plus, les réactions sensibles ont persisté jusqu'à l'apparition de ces phénomènes.

*Anesthésie par l'éther.* — Avec l'éther, nous avons obtenu chez l'animal et chez l'homme des différences très nettes dans la rapidité de l'anesthésie suivant le tonus des sujets que l'on cherchait à endormir. Nous avons noté là encore que les sujets très vagotoniques s'endorment beaucoup plus facilement et beaucoup plus vite que les sujets hypovagotoniques. Des expériences actuellement en cours sur l'anesthésie par la voie rectale aboutissent aux mêmes conclusions.

*Hypnotiques.* — L'observation de la plus ou moins grande efficacité des hypnotiques nous a encore montré le parallélisme qui existe entre le tonus neuro-végétatif et l'intensité et la rapidité d'action de ces médicaments. Nous avons même noté, en excitant le vague avec de l'ésérine ou de la gènesérine, que tel hypnotique, comme le gardénal, voit son action considérablement augmentée, et nous avons pu suivre, chez certains sujets dont nous faisons varier le tonus neuro-végétatif, des variations absolument parallèles de l'efficacité des hypnotiques administrés. Nous poursuivons d'ailleurs

actuellement nos recherches à ce sujet afin de pouvoir diminuer la dose des médicaments employés en augmentant cependant leur efficacité.

*C. La modification de l'état vago-sympathique est un moyen de défense contre les intoxications.* — Poursuivant nos recherches, nous avons été conduits à attribuer un rôle important dans le mécanisme de défense, au système nerveux de la vie organo-végétative.

Reprenant nos expériences avec la peptone, le cyanure double de zinc et de potassium, la strychnine et diverses autres substances plus ou moins toxiques, nous avons suivi de très près le tonus neuro-végétatif et ses variations après l'injection de telle ou telle de ces substances dans la veine saphène.

Avec la peptone, nous avons constaté que l'injection d'une dose moyenne chez un animal à R. O.-C. net, est toujours suivie d'une modification du tonus neuro-végétatif, c'est-à-dire de la diminution, de la disparition, et même quelquefois de l'inversion du R. O.-C. Cette modification est plus ou moins rapide suivant les sujets. Mais nous avons remarqué que les manifestations morbides sont d'autant plus courtes que l'animal modifie plus vite son R. O.-C.

L'emploi du cyanure double de zinc et de potassium nous a conduits aux mêmes constatations. L'injection d'une dose moyenne est toujours suivie de la disparition ou de l'inversion du R. O.-C. La reprise respiratoire est d'autant plus rapide que le tonus neuro-végétatif a été plus rapidement modifié.

Nous avons même, — fait d'apparence paradoxale au premier abord, — observé plusieurs fois la survie chez des animaux très vagotoniques, c'est-à-dire qui auraient dû être très sensibles au moment de l'injection du toxique : mais chez eux, l'inversion du R. O.-C. a été extrêmement rapide, car, une ou deux minutes après l'injection, la compression des globes oculaires produisait une accélération du rythme cardiaque et cette modification du tonus neuro-végétatif était suivie d'une reprise rapide de la respiration et de la survie de l'animal.

Chez un chien à système neuro-végétatif particulièrement souple, nous avons pu, à la suite d'une injection de cyanure (0 gr. 003 par kgr.), pratiquer successivement, à 1/4 d'heure d'intervalle, 3 injections de 1 cgr. de pilocarpine, sans jamais pouvoir obtenir la mort. Les accidents caractéristiques de l'action nocive du cyanure sur le système nerveux se produisaient aussitôt après chaque injection de pilocarpine, mais étaient de très courte durée : à l'hypervagotonie, due à l'action excitante sur le parasympathique, succédait très rapidement une hypovagotonie coïncidant avec la résistance de l'organisme et la reprise respiratoire.

Nous avons constaté des résultats semblables avec la strychnine dont l'injection est suivie de la disparition du R. O.-C.

De plus, chez un animal auquel nous avons injecté 0 gr. 003 de cyanure par kgr. et chez qui s'était produite la reprise respiratoire, nous avons pu injecter à nouveau, quelques minutes après, une nouvelle dose de cyanure sans obtenir d'accidents, comme si, à la faveur de la réaction du tonus neuro-végétatif consécutive à la première injection de poison, s'était constitué un état de résistance, une véritable mithridatisation, comparable en tous points, à notre avis, à certains états d'antianaphylaxie. Nous avons vu d'ailleurs que des injections de substances diverses, novarsénobenzol, chlorure de sodium, carbonate de soude, provoquent une modification du tonus neuro-végétatif caractérisée par la diminution, la disparition ou l'inversion passagère du R. O.-C. C'est au cours de cette phase d'hypervagotonie que l'injection d'une substance habituellement déchaînante ne provoque pas de phénomènes de choc.

Moins la substance injectée est toxique, plus la dose nécessaire à l'inversion du tonus est élevée, et plus lente est la modification du tonus.

Ces expériences nous montrent que toutes les fois que le milieu intérieur est modifié par la pénétration d'une substance étrangère, la résistance de l'organisme est marquée par une inversion du tonus neuro-végéta-

tif, avec diminution, suppression ou inversion du R. O.-C. La résistance semble d'autant plus efficace que le système neuro-végétatif est plus souple, c'est-à-dire capable d'une inversion rapide.

Enfin, lorsqu'après une intoxication expérimentale, l'animal a survécu, nous avons vu, après l'inversion du tonus neuro-végétatif se produire régulièrement en même temps que disparaissaient les signes d'intoxication, un retour au tonus neuro-végétatif antérieur. Ce fait nous a paru très important à signaler, car, chez des sujets dont le tonus neuro-végétatif de base, pourrait-on dire, est voilé par suite d'une intoxication qui a déclenché le mécanisme de défense, inversion que nous venons de décrire, on peut cependant connaître quel était le tonus avant l'intoxication lorsque le poison a été éliminé et que les signes d'intoxication ont disparu.



Ainsi les faits expérimentaux montrent très nettement d'une manière convergente l'importance du rôle du système neuro-végétatif dans les conditions de sensibilité aux intoxications et dans les réactions de l'organisme vis-à-vis des poisons. Bien que la multiplicité des faits et leur convergence permettent d'être certains de ce rôle, l'esprit n'est pas satisfait car on n'entrevoit pas à travers les mots de vagotonie et de sympathicotonie, par quel mécanisme le tonus neuro-végétatif peut intervenir et conditionner les manifestations des chocs et des intoxications. C'est à sortir des notions verbales que tendent actuellement tous nos efforts. Nous pensons que le tonus vaguesympathique a une telle importance en raison du rôle joué, par le système nerveux de la vie végétative, dans le métabolisme chez les êtres supérieurs.

Nos recherches, d'ailleurs encore en cours, sur le métabolisme des hydrates de carbone, sur la tolérance au sucre, sur les phénomènes d'oxydation et de réduction de certains corps, comme le bleu de méthylène, sur les échanges respiratoires, sur la fixation de cer-

taines substances par le système nerveux révélée par les méthodes pondérales et histo-chimiques, sur les variations de poids et de température, semblent montrer dès maintenant que l'activité du système neuro-végétatif domine, en partie du moins, la plupart de ces phénomènes.

Enfin les travaux que nous poursuivons sur les inter-relations neuro-endocriniennes, tendent à nous faire penser que le système vague et le système sympathique agissent sur les échanges cellulaires par l'intermédiaire de glandes à sécrétion interne qu'ils innervent. Nous émettons comme hypothèse que suivant l'état du tonus neuro-végétatif, il y a, par suite de cette innervation des glandes endocriniennes, mise en liberté de tel ou tel produit dans le milieu humoral. Certains de ces produits doivent agir sur la perméabilité cellulaire, d'autres agissent probablement sur l'utilisation et les échanges intra-protoplasmiques : L'hypothèse que nous avançons n'est pas construite par une simple rêverie. Elle est appuyée sur de nombreuses constatations expérimentales et cliniques et nos efforts tendent actuellement à préciser ces mécanismes, à prouver l'existence du chaînon endocrinien dans l'intervention du système neuro-végétatif sur le métabolisme.

Enfin, nous avons montré que l'insuline est un excitant extrêmement puissant du vague. Nous pensons dès lors que le pancréas est au parasympathique ce les capsules surrénales sont au sympathique.

Ainsi, nous sommes conduits à considérer parmi les glandes endocrines, deux catégories :

1° L'une constituée par des glandes telles que les surrénales, le pancréas, qui auraient pour fonction d'entretenir le tonus neuro-végétatif.

2° L'autre, représentée, par exemple, par la thyroïde, dont le ou les produits de sécrétion agiraient sur le métabolisme et dont l'activité sécrétoire serait fonction de l'excitabilité du système neuro-végétatif.

Nous avons fait cette digression sur nos recherches actuelles pour bien montrer que nous ne nous contentons pas de notions verbales et que si nous parlons de

vagotonie et de sympathicotonie, nous pensons qu'à ces états sont liés des échanges cellulaires particuliers, qui sont un facteur important du dynamisme de l'élément nerveux et partant du psychisme.

### RECHERCHES CLINIQUES

C'est en nous appuyant sur ces données de l'expérimentation que nous avons entrepris de rechercher si nous ne retrouverions pas en clinique les mêmes conditions de sensibilisation aux actions toxiques et si, par là, nous ne pourrions apporter une contribution nouvelle à l'étude étiologique et pathogénique des psychoses d'intoxication.

Nous avons abordé le problème par l'étude de cas simples, pour envisager ensuite des cas plus complexes et nous n'avons voulu publier les résultats de nos travaux que lorsque nous avons été en possession d'un grand nombre de résultats homogènes, nous donnant une vue d'ensemble de la question, et nous permettant de formuler des conclusions simples, vraies pour toutes les psychoses d'intoxication.

C'est naturellement aux psychoses alcooliques que nous nous sommes adressés tout d'abord.

*Ivresse.* — Donnez à 10 buveurs, écrit Drouet, la même boisson, vous observerez malgré toute la similitude possible dans les conditions expérimentales, des effets très divers d'un individu à l'autre.

Cette notion de la prédisposition individuelle à l'ivresse est bien connue de tous. C'est bien souvent qu'on entend la phrase : « Il n'a pas la tête forte, il lui en faut peu. Un rien lui fait perdre la tête. »

On a fait jouer un rôle important au terrain de dégénérescence comme facteur de cette susceptibilité individuelle. On a aussi étudié l'état fonctionnel hépato-rénal, c'est-à-dire des émonctoires. On a voulu, ainsi que nous l'avons dit, faire intervenir des troubles de l'activité endocrinienne. Cependant si bien des faits viennent à l'appui de ces diverses théories, les unes et les autres n'expliquent pas tous les cas.



Partant de nos expériences sur la susceptibilité individuelle aux poisons de la corticalité, aux anesthésiques en particulier, nous nous sommes demandé si la clinique ne nous révélerait pas chez des individus sensibles à l'alcool, faciles à enivrer, un état anormal du tonus neuro-végétatif.

Nous avons alors pratiqué une enquête chez nos malades et chez des sujets normaux et nous avons dépouillé les observations que nous accumulons depuis plusieurs années. Nous avons été très nettement frappés du fait que *les sujets sensibles sont des vagotoniques*. Au contraire, *les sujets normalement hypovagotoniques sont assez résistants*. Pour les uns, il suffit de un à deux verres de vin pour provoquer l'ivresse : ils présentent tous une excitabilité parasympathique marquée, traduite par un R. O.-C. fortement positif, une réaction hémoclasique digestive, une tolérance élevée pour les sucres, des réactions faibles à l'atropine et vives à l'ésérine et à la pilocarpine. D'autres, au contraire, qui peuvent boire plusieurs litres de vin par jour, des petits verres et des apéritifs, présentent de l'hypovagotonie, avec faible tolérance aux sucres, réaction hémoclasique inversée, R. O.-C. nul ou très peu marqué, peu de réactions à l'ésérine et à la pilocarpine, tandis qu'ils supportent mal l'atropine. Chez les sujets qui présentent des variations du tonus neuro-végétatif, tels que les intermittents, les cyclothymiques, et un assez grand nombre de dégénérés à syndromes épisodiques, on observe des variations parallèles de la susceptibilité à l'alcool.

Au point de vue clinique, on connaît depuis longtemps l'extrême sensibilité des épileptiques, des maniaques, des dégénérés. Or, nous avons découvert chez ces malades l'existence d'une hyperexcitabilité vagale considérable, presque caractéristique de ces affections.

De plus, l'étude physiologique de certaines conditions qui semblent favoriser l'ivresse, nous conduit à des conclusions du même ordre.

Ainsi, on sait que dans un milieu confiné, l'ivresse a une marche plus rapide qu'en plein air.

Or, nous avons vu avec notre Maître, le professeur Richet, que l'oxygène diminuait l'excitabilité du vague, tandis que chez l'animal respirant en milieu confiné, celle-ci croît très rapidement.

De même, les variations de la température, excès de chaleur ou de froid, ont été signalées comme prédisposant le buveur à l'ivresse. Nous avons vu aussi que les écarts de température s'accompagnent de l'apparition d'hyperexcitabilité du vague.

On sait aussi que l'ingestion à jeun d'une boisson alcoolique est plus facilement suivie d'ivresse qu'après un repas. Or, en plus du retard que les aliments peuvent apporter à la pénétration du poison dans le torrent circulatoire, il faut probablement tenir compte de l'inversion du tonus neuro-végétatif consécutif au repas.

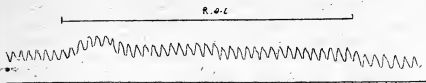
Chez les enfants, l'ivresse survient vite, brusquement. Ces sujets sont d'ailleurs particulièrement sensibles aux anesthésies. Or, nous avons toujours noté chez les enfants une assez forte hyperthonie du vague. Ceci s'explique d'ailleurs, pensons-nous, par le fait que les enfants, ayant un organisme en plein développement, en plein accroissement, ont besoin de fixer sur leurs cellules beaucoup plus relativement que les adultes.

Enfin, on sait que l'alcool produit souvent l'ivresse chez les fébricitants. Or, nous avons vu que nombre de maladies infectieuses s'accompagnent, au moins durant un certain temps, d'hyperexcitabilité du vague.

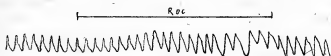
Ainsi, dans l'ensemble, nous retrouvons par la clinique, le rapport que l'expérimentation nous a permis d'établir entre le tonus neuro-végétatif et la susceptibilité aux intoxications. Les vagotoniques sont beaucoup plus sensibles à l'alcool (comme aux anesthésiques) que les hypovagotoniques et s'enivrent beaucoup plus aisément. De plus, les conditions capables de provoquer une hypertonie du vague, semblent s'accompagner d'une plus grande susceptibilité vis-à-vis de l'alcool.

Voici le graphique du R. O.-C. chez 2 sujets résistant à l'alcool. L'un est un psychopathe, l'autre un sujet normal.

OBS. I. — P..., 30 ans. Excès de boisson considérables, sans ivresse ; troubles du caractère.

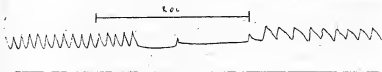


OBS. II. — Sch..., 31 ans, sujet normal. Jamais d'ivresse, même après des excès éthyliques.

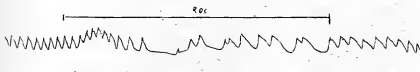


Inversement, voici les R. O.-C. de 2 sujets particulièrement sensibles à l'alcool :

OBS. III. — Cl., 22 ans. Dégénéré. Débile. Epileptique,

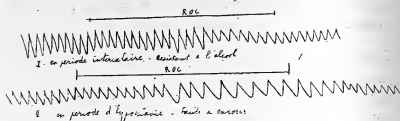


OBS. IV. — P., 35 ans, sujet normal. Petit cyclothymique.



Enfin, nous rapporterons les graphiques d'un intermittent qui s'enivre très facilement lors des périodes d'excitation ou de dépression, alors qu'il est assez résistant dans les périodes intercalaires.

OBS. V. — Gar...



*Accidents subaigus.* — L'observation de plus de soixante cas d'accidents subaigus nous a conduit à des conclusions du même ordre. L'examen serré et quotidien de l'état neuro-végétatif de nos sujets nous a permis de saisir l'importance de celui-ci, tant dans la genèse de ces troubles mentaux que dans le mécanisme de défense.

Certains alcooliques, la minorité, entrent parce qu'ils ont commis peu de jour avant leur internement, des excès de boisson considérables. Très rapidement, en général, ils s'améliorent, et si, à la sortie de l'Asile, ils ont une vie régulière, ils ne font plus de troubles mentaux.

Mais la plupart des malades internés pour délire alcoolique sont des habitués des asiles, ayant à leur actif des internements à répétition, comme les périodiques. De plus, ils entrent souvent à l'asile sans avoir commis d'excès considérables dans les jours qui précèdent l'internement. Nous voulons dire par là que, s'ils font constamment abus d'alcool, on apprend qu'ils n'ont pas bu plus la veille ou l'avant-veille de leur arrivée à l'Asile que dans les semaines antérieures. L'apparition des troubles mentaux semble donc liée chez eux, non pas à une intoxication massive, mais à un fléchissement de leur résistance organique. Ce fait est d'ailleurs bien connu des cliniciens.

Les travaux de Klippel avaient attiré l'attention sur l'importance des troubles fonctionnels hépatiques dans la genèse des psychoses alcooliques. Le délire, dans ces cas, ne serait pas dû à l'alcool, mais à l'auto-intoxication secondaire, à l'insuffisance hépatique. On peut

aussi penser que l'abus de l'alcool, amenant une déficience fonctionnelle du foie, celui-ci n'a plus la même activité anti-toxique et que, dès lors, des doses d'alcool, non nocives pour le cerveau avant les troubles hépatiques, le deviennent chez un sujet à foie déficient.

Cependant, l'observation clinique ne cadre pas toujours avec cette explication. On voit, en effet, fréquemment, des délires alcooliques apparaître chez des sujets jeunes, ne faisant pas d'excès d'alcool suffisants pour provoquer une détérioration rapide des cellules hépatiques. D'autre part, l'état psychopathique disparaît souvent très rapidement. Il faudrait alors admettre l'apparition périodique, chez ces sujets, d'insuffisance hépatique passagère. Cette hypothèse n'est pas invraisemblable, d'autant plus qu'il n'est pas impossible qu'il existe un lien entre l'activité du foie, du rein, et l'état du système nerveux végétatif, qui est le grand régulateur de l'harmonie fonctionnelle de nos organes.

Or, l'examen de tous les alcooliques entrés dans le Service de la Clinique depuis 3 ans nous a conduit à affirmer l'existence d'un rapport étroit entre l'apparition de la psychose et le déséquilibre neuro-végétatif des sujets.

Tous les malades que nous avons vu entrer pour délire alcoolique, et dont l'état mental s'est amélioré, sont tous des déséquilibrés neuro-végétatifs. Tous étaient en état de susceptibilité lié à l'hypertonus parasympathique quelques jours avant leur entrée. Et c'est à la faveur de cette vagotonie que la quantité d'alcool, inefficace dans les semaines antérieures où les sujets étaient hypovagotoniques, a suffi à provoquer la psychose.

Chez les uns, l'alcool ne paraît être qu'un appoint. Ils se présentent comme des excités, des déprimés ou des délirants polymorphes. On ne note pas de torpeur intellectuelle, d'obnubilation, de désorientation, en somme pas de confusion. Ces sujets ont plutôt une attention mobile, des associations d'idées rapides, des réponses vives. L'alcool a semblé agir comme un excitant. On apprend souvent que les excès ne sont pas considérables.

L'examen du système neuro-végétatif montre un R. O.-C. très marqué, un solaire variable, des réactions vives à l'ésérine et à la pilocarpine, une assez grande tolérance aux hydrates de carbone (ce qui est incompatible avec une déficience fonctionnelle hépatique). Cependant l'évolution de l'état neuro-végétatif montre que l'organisme s'était défendu contre le poison. En effet, au bout de quelques jours, lorsque le poison a été éliminé, le tonus parasympathique augmente considérablement, rappelant ce qu'on observe d'habitude chez les périodiques. L'organisme semble s'être défendu par un mécanisme identique à celui que nous avons montré expérimentalement, c'est-à-dire par la diminution du tonus du vague. Ainsi que nous l'avons dit, cette variation du tonus nous paraît conditionner un ralentissement des échanges de la cellule nerveuse, qui s'imprègne moins des poisons en circulation. D'ailleurs, dès que le poison est éliminé, on voit réapparaître le tonus tel qu'il était avant l'intoxication.

Voici quelques exemples :

OBS. VI. — B..., Jules, 40 ans., ancien légionnaire. Déséquilibré constitutionnel. Nombreuses périodes d'hypomanie. Entré pour excitation psychique atypique avec anxiété. Appoint éthylique.

A l'entrée, le 27 octobre : R. O.-C. : 66-64.

Le 9 décembre : l'excitation est plus typique : R. O.-C. : 72-36.

OBS. VII. — F..., 41 ans, étameur. Psychose périodique. Internements antérieurs. A l'entrée, excitation psychique avec appoint éthylique.

Le 5-2-23 : R. O.-C. : 66-54.

Le 9-2-23 : R. O.-C. : 70-36.

Le 14-2-23 : R. O.-C. 72-30.

Le 23 juin : Très amélioré. L'excitation a disparu : R. O.-C. : 66-54.

OBS. IX. — Heb..., excitation psychique atypique. Appoint toxique. A l'entrée, 3 déc. 23 : R. O.-C. : 66-70. R. sol. : nul,

Le 10 décembre : R. O.-C. 60-36.

17 janvier 24 : R. O.-C. : 80-40.

OBS. X. — Van den B., Psychose périodique. Excitation maniaque. Appoint éthylique. Hallucinations visuelles. 5 internements antérieurs.

A l'entrée : R. O.-C. : 84-84.

15 jours après : R. O.-C. : 72-30.

OBS. XI. — R..., 45 ans. Excitation psychique avec appoint éthylique.

R. O.-C. peu marqué et tardif : 72-54.

OBS. XII. — Fr..., Excitation maniaque. Excès alcooliques,

A l'entrée : R. O.-C. : 90-86.

2 jours après : R. O.-C. : 90-54.

OBS. XIII. — Cad..., 52 ans. Excitation psychique avec idées d'influence, Appoint éthylique. 2 internements antérieurs.

A l'entrée : R. O.-C. : 90-90.

OBS. XIV. — Cor..., Excitation maniaque. Appoint éthylique.

A l'entrée : R. O.-C. : 66-48.

OBS. XV. — Bar..., 39 ans. Dépression mélancolique. Débilité mentale. Excès alcooliques.

A l'entrée, le 1<sup>er</sup> décembre 23 : R. O.-C. : 60-60.

Le 10 déc. : R. O.-C. : 53-48.

Le 18 déc. : R. O.-C. : 60-42.

OBS. XVI. — Pez..., 24 ans. Etat dépressif. Idées de suicide. Excès éthyliques récents.

A l'entrée, le 27 oct. 23 : R. O.-C. : 72-48.

Le 7 nov. 23. — R. O.-C. : 78-36.

Le 15 nov. : R. O.-C. : 60-30.

Le 17 nov. : R. O.-C. : 64-30.

Le 29 nov., très anxieux : R. O.-C. : 72-36.

17 déc., très anxieux : R. O.-C. : 72-24.

1<sup>er</sup> mars 24, très amélioré : R. O.-C. : 72-54.

OBS. XVII. — Var..., 61 ans. Alcoolisme chronique, Tendance mélancolique. Auto-accusations.

A l'entrée, le 18 oct. : R. O.-C. : 66-60.

Le 31 oct. : R. O.-C. : 66-42.

Le 28 nov. : R. O.-C. : 60-24.

OBS. XVIII. — Roub..., 44 ans. Excitation psychique avec anxiété. Excès alcooliques. Amélioration assez rapide.

A l'entrée, le 20 déc. 23 : R. O.-C. : 84-48. R. sol. : nul.

Le 31 janv. 24 : R. O.-C. : 72-60.

Sortie le 8 février 1924.

OBS. XIX. — Loz..., Mélancolie. Excès éthyliques,

2 mois après son entrée : R. O.-C. : 64-30.

OBS. XX. — Ro..., 29 ans. Excitation avec obnubilation. Excès éthyliques récents. Idées délirantes polymorphes.

A l'entrée, le 17 oct. : R. O.-C. : 60-36.

Le 20 nov., encore délirant : R. O.-C. : 72-30.

OBS. XXI. — Loc..., 34 ans. Cocher livreur. Entré le 18 oct. 23 pour état confusionnel avec torpeur intellectuelle, onirisme, petites voix, idées délirantes non systématisées, agitation anxieuse. Déjà interné il y a dix ans.

A l'entrée : R. O.-C. : 72-64.

Le 14 nov. n'est plus confus : R. O.-C. : 72-42.

OBS. XXII. — Pid..., 30 ans. Entré pour état confusionnel, désorientation, torpeur intellectuelle, onirisme terrifiant, zoopsie, anxiété.

A l'entrée : R. O.-C. : 72-76.

Après la disparition des symptômes de confusion : R. O.-C. : 64-52.

OBS. XXIII. — V..., jardinier, 60 ans. Délire subaigu avec épisodes aigus. Onirisme. Anxiété.

R. O.-C., pris à l'Infirmierie spéciale : 68-68.

Disparition progressive des signes de confusion :

Le 18 oct. : R. O.-C. : 66-60.

Le 31 oct. : R. O.-C. : 66-42.

Le 20 nov. : R. O.-C. : 60-24.

OBS. XXIV : Jeg..., 36 ans. Alcoolisme chronique. Accidents subaigus. Confusion, onirisme. Anxiété. Auto-accusation :

A l'entrée, le 25 février 1924 : R. O.-C. : 78-72.

Le 1<sup>er</sup> mars, les signes de confusion s'atténuent : R. O.-C. : 72-42.

OBS. XXV. — Ren..., 45 ans. Alcoolisme chronique. Episode subaigu.

A l'entrée : R. O.-C. : 66-66.

OBS. XXVI. — Col..., 51 ans. Alcoolisme chronique. Internements fréquents. Episode subaigu.



A l'entrée : R. O.-C. : 72-68.

Quelques jours après amélioration rapide : R. O.-C. : 66-42.

Chez d'autres malades, ce qui domine, c'est l'état confusionnel. On observe alors le tableau typique de l'état subaigu ou aigu.

Dans ces cas, l'examen du tonus neuro-végétatif montre une réflectivité neuro-végétative très faible. Le F. O.-C. est faible, nul ou inversé. La compression abdominale ne provoque ni diminution, ni augmentation de l'indice oscillométrique. Les sujets paraissent résistants aux agents pharmacodynamiques. On sait d'ailleurs depuis longtemps que, chez les alcooliques aigus, il faut employer des doses élevées de médicaments, de chloral, de strychnine, de digitale en particulier. C'est que l'organisme paraît en état de défense. Chez ces malades, plus nettement encore que chez les premiers, l'hypovagotonie apparaît comme liée à la défense de la cellule nerveuse contre le toxique. Si cette défense fléchit, si, par exemple, apparaît une vagotonie liée à un état fébrile ou infectieux, on assiste à une recrudescence de la gravité des accidents.

D'ailleurs, dès que le toxique est éliminé, dès que les cellules nerveuses en sont débarrassées, dès que le sang ne contient plus le poison et que les cellules ne sont plus imprégnées, alors on voit toujours apparaître une excitabilité du vague qui croît très rapidement, en même temps que disparaissent les signes psychiques de confusion mentale. On voit en fait réapparaître le tonus neuro-végétatif tel qu'il était avant l'intoxication. C'est ce que nous a nettement et constamment montré l'expérimentation. De plus, se dégage alors très souvent un petit état maniaque, mélancolique, un état délirant polymorphe, un syndrome épisodique des dégénérés. L'étude de l'évolution montre ensuite la disparition ou la diminution progressive de cette hyperexcitabilité vagale, en même temps que disparaissent les symptômes psychiques morbides. Nous avons ainsi été amené à étudier de très près les antécédents, et en particulier

l'état mental dans les jours qui précèdent l'internement des alcooliques.

Nous avons ainsi appris que tous nos malades paraissaient anormaux depuis quelques jours.

Les uns étaient plus gais, exubérants, caustiques, plus actifs qu'à l'ordinaire, en un mot maniaques ou hypomaniaques.

D'autres étaient devenus tristes, sombres ; souvent, nous avons relevé des tentatives de suicides.

Chez certains on retrouve des manifestations de perversion, mythomanie, vol, fugues, viol, attentats aux mœurs.

Enfin, on observe très fréquemment l'apparition de syndromes épisodiques, obsessions, impulsions. D'autres fois, ce sont des manifestations délirantes polymorphes avec excitation psychique.

Nous avons vu aussi, chez des épileptiques à crises rares, la précession du délire alcoolique par la réapparition des crises.

En somme, la production du délire alcoolique nous a paru dans ces cas nettement précédée de l'apparition de troubles psychiques divers. Or, fait qui, pour nous, a une grande importance, tous ces troubles psychiques sont liés, ainsi qu nous l'avons montré, à un déséquilibre neuro-végétatif considérable, qu'on n'observe que dans ces diverses psychopathies. L'excitation maniaque, la dépression mélancolique, l'anxiété de la psychose périodique sont, ainsi que nous l'avons établi sur près de 200 observations, étroitement liées à la périodicité neuro-végétative que présentent ces sujets, les accès étant caractérisés par une hypervagotonie considérable.

Les crises épileptiques nous ont toujours paru liées à un état d'hypervagotonie.

D'autre part, les recherches que nous poursuivons sur les obsédés nous montrent un parallélisme étroit entre l'évolution des syndromes épisodiques et les variations du tonus neuro-végétatif.

Nous avons aussi établi que les bouffées délirantes des dégénérés sont toujours accompagnées d'hypertonie du vague qui cesse avec la psychose.

Enfin, dans plusieurs cas de perversions instinctives à manifestations intermittentes nous avons relevé une périodicité neuro-végétative indubitable.

D'ailleurs, il y a longtemps qu'on a signalé des signes prémonitoires des accès alcooliques aigus. Lasègue a longuement insisté sur l'insomnie. Or, c'est un symptôme que nous retrouvons toujours dans la période de vagotonie croissante des diverses psychoses que nous avons signalées.

Enfin, les recherches que nous poursuivons chez les dégénérés nous montrent qu'en plus de l'état mental constitutionnel qui les caractérise psychologiquement, on trouve chez eux une tendance anormale au déséquilibre neuro-végétatif, qui semble liée en particulier à l'apparition et à l'évolution des syndromes épisodiques. Or, Magnan et ses élèves ont longuement insisté sur la susceptibilité exceptionnelle des dégénérés à l'alcool. Nous pensons qu'ils ont, non seulement une aptitude remarquable à délirer, aptitude liée à leur dégénérescence mentale, mais encore qu'ils possèdent une sensibilité spéciale aux poisons, une facilité d'imprégnation de leurs cellules corticales, liée à l'état d'hypervagotonie des périodes morbides, c'est-à-dire à leur *dégénérescence neuro-végétative*.

En somme, dans un grand nombre de cas, les accidents subaigus qui ramènent plusieurs fois les malades à l'asile, paraissent rythmés par la périodicité du tonus neuro-végétatif, périodicité parallèle à la périodicité des troubles mentaux que peuvent présenter les sujets dégénérés, épileptiques ou intermittents.

Il nous a paru intéressant de rapprocher de nos recherches expérimentales sur la strychnine les résultats thérapeutiques obtenus avec ce médicament chez les alcooliques chroniques faisant des accès subaigus à répétition. Nous avons en effet constaté que l'injection de strychnine est suivie très rapidement de la disparition du R. O.-C. par inversion du tonus. Aussi, nous nous demandons si les succès obtenus avec la strychnine par Luton, Lécuyer, Combemale, ne sont pas dus à l'action de ce poison sur le système neuro-végétatif.

Cet alcaloïde doit en effet être employé chez les alcooliques à la dose de 3 à 5 milligr. jusqu'à apparition des premiers symptômes de saturation. Les auteurs russes et américains ont, d'autre part, signalé son action d'arrêt dans les accès de delirium tremens.

N'est-ce pas en mettant les sujets en état stable d'hypovagotonie qu'agit la strychnine ? Ainsi serait enrayée la périodicité neuro-végétative et en particulier l'apparition de la vagotonie qui favorise l'absorption des poisons par le système nerveux, la corticalité en particulier.

Nous rapportons ici, à titre d'exemples, quelques observations.

Obs. XXVII. — V. den B., 44 ans, ferblantier, Entré le 29 juin 1923 avec le certificat suivant du Dr de Clérambault : « Psychose périodique et éthylisme. Accès maniaque actuel. Loquacité. Familiarité. Narrations sans but. « Cocasseries volontaires. Pouls : 112. Légère obnubilation. Cinq internements de 1898 à 1918. Prédominance « confusionnelle marquée lors des premiers accès. Caractères maniaques graduellement dégagés au cours des « accès suivants. »

A l'entrée, la torpeur intellectuelle est indubitable. Possibilité d'onirisme nocturne :

R. O.-C. : 66-70. R, sol, : nul,

Rapidement, les signes de confusion disparaissent et les caractères maniaques deviennent purs. A ce moment :

R. O.-C. : 72-30 (arrêt de 5").

R. sol. : inversé.

L'interrogatoire nous apprend que le malade ne fait pas d'excès de boisson plus considérables dans les jours qui précèdent son internement que d'habitude. Mais chaque fois qu'il a été interné, il était énérvé depuis plusieurs jours. L'excitation psychique semble toujours antérieure à la confusion.

Obs. XVIII. — Pez., 29 ans, marchand de vin, Entré le 21 octobre 1923 avec le certificat suivant du Dr Dupouy : « Etat de confusion mentale, avec agitation désordonnée et propos incohérents. Attitudes diverses, tantôt gaies, tantôt exubérantes, avec idées délirantes de « richesse, tantôt déprimé avec idées de suicide et violen-

« ces contre lui-même. Tentatives de suicide. Excès éthyliques avoués. Sœur internée à Ville-Evrard. »

A l'entrée, les signes de confusion sont très marqués, avec torpeur intellectuelle, obnubilation, onirisme terrifiant.

Le R. O.-C. est nul : 72-72.

Le 26 octobre les symptômes de confusion disparaissent.

Le 27 octobre : R. O.-C. 60-42.

Le 7 novembre, les signes de confusion ont disparu, mais ont fait place à un état mélancolique net avec dépression, douleur morale, anxiété, auto-accusation, indignité, idées de suicide.

R. O.-C. : 78-30 (arrêt de 4 à 5").

R. sol. : nul.

Le 17 novembre, état mélancolique :

R. O.-C. : 60-24.

R. sol. : inversé.

Le 17 décembre. Amélioration de l'état mélancolique.

R. O.-C. : 66-42.

R. sol. : nul.

L'interrogatoire nous apprend que, depuis plusieurs jours avant son entrée, le malade était triste et anxieux par moments. A déjà eu des périodes antérieures de dépression. A eu aussi des phases d'excitation.

Obs. XXIX. — Bouy..., 59 ans, voyageur de commerce.

A l'entrée, confusion, hébétude. Dysmnésie. Désorientation. Récits macabres de type onirique. Hallucinations multiples. Anxiété.

R. O.-C. : inversé : 90-96.

R. sol. : nul.

Au bout de quelques jours, disparition de l'onirisme, puis des divers signes de confusion. Dégagement d'un syndrome mélancolique typique. En même temps le R. O.-C. devient positif.

L'interrogatoire et les renseignements apprennent que le malade est un intermittent ayant tous les ans une crise de dépression précédée d'une phase d'excitation courte. Depuis un mois, « l'état n'était pas bon » : insomnie, inquiétude, troubles de l'attention, activité un peu désordonnée.

Obs. XXX. — Roub..., employé de commerce, 44 ans

A l'entrée, le 18 déc. 1923, état dépressif avec quelques signes de confusion.

R. O.-C. : 90-90.

R. sol : nul.

Deux jours après disparition totale de la confusion. Apparition d'un état d'excitation psychique avec euphorie physique, mobilité de l'attention, ébauche de fuite des idées. Réactions anxieuses par intervalles.

R. O.-C. : 84-60.

Le 15 janvier, amélioration :

R. O.-C. : 72-66.

R. sol. : léger.

Le 31 janvier, grosse amélioration :

R. O.-C. : 72-72.

R. sol. nettement positif.

Sortie le 8 février 1924.

Obs. XXXI. — Vari..., 61 ans, maraîcher.

Entré le 20 septembre 1923 pour délire subaigu avec épisodes aigus. Onirisme terrifiant. Tendance mélancolique. Menaces de supplices. Tentatives de suicide.

A l'entrée : R. O.-C. nul : 68-68.

Le 4 octobre, légère amélioration.

Le 18 octobre R. O.-C. : 66-48. R. sol. : léger.

Les signes de confusion disparaissent progressivement.

Le 31 octobre : R. O.-C. : 66-42.

R. sol. :

Le 28 nov. : R. O.-C. : 60-24 (arrêts de 3").

R. sol. : positif.

Le 7 décembre : R. O.-C. : 60-20 (arrêts de 5").

Sortie le 16 décembre.

L'interrogatoire apprend que 15 jours avant l'internement il était devenu bizarre, négligeait son travail. Avait pour cette raison été renvoyé de sa place de jardinier 8 jours avant son entrée.

Obs. XXXII. — B..., 40 ans. Comptable, ancien colonial.

Entré le 24 octobre 1923 avec le certificat suivant du Dr Logre : Dépression psychique. Inquiétude. Lenteur de l'idéation. Idées mal systématisées de persécution. Interprétations morbides. Hallucinations ou illusions de l'ouïe. Il se croit poursuivi par la police. Dans la rue on le traite de voleur. Tentative de suicide. *Etat dépressif semblant durer depuis une semaine ou deux.*

A l'entrée, les signes de confusion sont nets. Le malade déclare boire pas mal.

R. O.-C. : 78-36.

R. sol. : nul.

La sœur nous apprend qu'il a toujours été bizarre, tantôt

gai, tantôt triste. Était devenu lunatique plusieurs jours avant son internement. N'a pas fait d'excès de boisson considérable dans les jours qui ont précédé l'internement.

OBS. XXXIII. — Col., 28 ans. Manœuvre.

Entré le 6-12-22 pour état subaigu, confusion, onirisme, réactions anxieuses, idées délirantes polymorphes, fonds de débilité mentale, excès alcooliques.

A l'entrée : R. O.-C. : 66-66.

Le 3 janvier, disparition des symptômes de confusion. Idées délirantes polymorphes, légère excitation psychique. R. O.-C. : 60-30.

Depuis 2 mois était légèrement excité et avait des idées délirantes survenues assez brusquement.

OBS. XXXIV. — Au..., 40 ans, menuisier.

Entré le 15 octobre 1923 pour agitation désordonnée, lamentations, cris, gémissements, anxiété, idées de suicide, propos décousus, confusion, onirisme, désorientation, mauvais état général.

R. O.-C. : 66-72.

R. sol. : nul.

L'état confusionnel persiste trois semaines.

Le 3 novembre, légère amélioration.

R. O.-C. : 66-60,

28 novembre, l'amélioration s'accroît.

R. O.-C. : 66-48.

Le 17 décembre tous les symptômes de confusion ont disparu et laissé place à une légère excitation psychique :

R. O.-C. : 78-36.

Le malade est un mélancolique périodique, déjà interné pour épisode confusionnel. Les signes de dépression ont toujours précédé, d'après la femme, les manifestations d'ordre confusionnel.

Depuis 2 ou 3 mois avant son internement, se sentait très déprimé, incapable de travail soutenu avec « des idées folles ».

OBS. XXXV. — Cl..., 21 ans. Entré le 23 janvier 1924 pour débilité mentale, microcéphalie, obtusion avec onirisme terrifiant nocturne. Inertie. Crises d'anxiété. Hallucinations menaçantes. Intoxication alcoolique aiguë.

L'étude de l'anamnèse révèle des crises convulsives.

Le R. O.-C., faible à l'entrée, devient rapidement positif.

Le 24 janvier : R. O.-C. : 72-40.

Augmente avec la disparition des signes d'intoxication aiguë.

Le 8 février : R. O.-C. : très fortement marqué avec arrêts cardiaques de plus de 5".

OBS. XXXVI. — Bar..., 33 ans. Entré le 30 avril 1923 pour débilité mentale. Dépression. Préoccupations hypocondriaques. Idées de suicide de caractère obsédant. Hyperémotivité. Habitudes alcooliques. Antécédents héréditaires très chargés.

A l'entrée : R. O.-C. : 60-60.

R. sol. : nul,

Le 10 décembre : R. O.-C. : 60-38.

R. sol. : devient positif.

Les signes d'intoxication alcoolique disparaissent.

OBS. XXXVII. — Virg..., 38 ans, forgeron. Entré le 20 septembre 1923, pour débilité mentale, éthylisme, hallucinations. Idées délirantes polymorphes.

R. O.-C. : 72-68. \*

Rapidement les signes de confusion disparaissent.

Le R. O.-C. augmente rapidement dès que diminue l'imprégnation éthylique.

Le 15 novembre le R. O.-C. est très fortement marqué avec des arrêts cardiaques de 6 à 7".

Alors apparaît un délire d'influence avec automatisme mental qui semble bien antérieure à l'internement qui avait été motivé par des accidents aigus.

OBS. XXXVIII. — Roust..., 31 ans, mécanicien. Entré le 11 mars 1923 pour confusion mentale avec obtusion, désorientation, anxiété, hallucinations visuelles. Subictère. R. O.-C. nul.

Amélioration rapide de l'état confusionnel, mais se dégage un état de dépression avec idées délirantes polymorphes

Le 20 avril le R. O.-C. : 84-36.

Sortie le 15 mai 1923 après extinction de cette bouffée. Le R. O.-C. 66-60.

OBS. XXXIX. — R..., 29 ans, employé de chemin de fer. Entré le 8 octobre 1923 pour excitation avec obnubilation. Atypisme. Probabilité de manie. Subéthylisme surajouté. Hyperthonie. Torpeur de la pensée, malgré la vélocité de la phrase. Attitudes complexes. Idées de persécution.



Port de revolver. Pantophobie. Tremblement des doigts.  
R. O.-C. : 72-80.

Rapide amélioration des signes de confusion.

Le 17 octobre 1923 : R. O.-C. : 60-30.

Au début de novembre se dégage un état délirant polymorphe avec excitation.

Le R. O.-C. est très fortement positif avec des arrêts cardiaques de 5". Fin novembre réduction des idées délirantes. Diminution du R. O.-C. Sortie par guérison le 30 novembre 1923.

Obs. XL. — Bard..., 39 ans. Entré le 30 novembre 1923 pour débilité mentale, hyperémotivité, anxiété par intervalles, habitudes alcooliques, légère confusion des idées.

Très rapidement se dégage un état dépressif avec idées obsédantes, préoccupations hypocondriaques, tendance au suicide.

A l'entrée, lors des signes de confusion :

R. O.-C. : 60-60.

R. sol. : nul.

Le 10 décembre, les signes d'intoxication alcoolique ont disparu.

R. O.-C. : 60-38.

R. sol. : apparaît.

Obs. XLI. — Col..., 47 ans. Alcoolisme chronique, ivresses fréquentes. Violences. Amoralité. Perversité constitutionnelle. Délinquance à répétition. Internements multiples. Dans le service depuis le 15 août 1923 où il est entré pour son état subaigu. Depuis, bien que sevré, présente des périodes d'excitation passagère, accompagnées d'augmentation du R. O.-C.

Le 5-1-14 : R. O.-C. : 72-42.

L'anamnèse révèle une coïncidence nette entre les phases d'excitation et les accidents subaigus.

*Alcooliques chroniques, buvant des quantités considérables d'alcool, sans présenter pendant longtemps de troubles mentaux motivant l'internement.*

A côté de cette catégorie de malades, qui semblent présenter par période des phases de susceptibilité à l'alcool à la faveur desquelles ils font des accidents aigus ou subaigus, il faut signaler les sujets qui entrent à l'asile assez tard, après 10, 15 ou 20 ans d'abus consi-

dérables de boisson. Les premiers, bien que buvant moins que ceux-ci, sont souvent internés de bonne heure et le sont à répétition. Les seconds, malgré leurs excès considérables, ne présentent pas pendant longtemps de troubles mentaux aigus motivant l'internement. Ils paraissent supporter remarquablement l'alcool.

L'enquête sur leurs antécédents et leurs habitudes antérieures révèle des abus considérables, journaliers, depuis fort longtemps. Ils peuvent boire plusieurs litres de vin par jour, des apéritifs, des petits verres, et sont cependant rarement ivres. Eux-mêmes souvent se vantent de leur résistance.

Rationnellement, on pouvait supposer *à priori* qu'il existe entre l'individu sensible à l'alcool, faisant des accidents subaigus à répétition et le buveur d'habitude et résistant, une différence profonde de terrain. Aussi n'avons-nous pas été étonné de trouver chez ces sujets une différence marquée du terrain neuro-végétatif.

Ainsi que nous l'avons vu, les sujets sensibles, internés à répétition, présentent une excitabilité anormale de leur vague. Les autres, au contraire, sont tous des hypovagotoniques. Rapprochant cette constatation clinique des données expérimentales que nous avons établies, nous ne pouvons nous empêcher de supposer que cette différence de l'état neuro-végétatif joue un rôle dans la différence de résistance à l'intoxication.

Le problème est d'ailleurs complexe. Les vieux alcooliques entrent à l'Asile pour des raisons multiples. Les uns y entrent pour accidents aigus. Les autres pour troubles du caractère ; d'autres encore pour affaiblissement ; démence avec ou sans syndromes neurologiques, etc.

D'autre part, on a prétendu que la psychose n'était pas déclenchée par l'alcool, mais par des auto-toxines dues à des lésions du foie, touché dans son activité fonctionnelle par l'ingestion prolongée d'alcool.

Or, les conclusions physiologiques auxquelles nous sommes arrivés nous paraissent expliquer ces différents cas et apporter peut-être à la question quelques éclaircissements.

Le plus souvent, ce n'est pas pour un épisode aigu qu'entrent à l'asile ces grands buveurs qui sont restés si longtemps sans présenter de troubles graves malgré des habitudes éthyliques fort anciennes.

Bien des fois, des troubles de l'humeur et du caractère se sont établis progressivement. La vie dans le ménage devenait impossible et c'est la répétition des scènes de violence qui incite l'entourage à placer le malade.

D'autres sont devenus sombres, tristes, déprimés. L'internement est souvent motivé par une tentative de suicide (sans état pantophobique si fréquent chez le délirant aigu), ou par une dépression physique et psychique supprimant toute activité sociale.

Fréquemment aussi, le malade présente à l'entrée des signes de confusion. Les semaines passent et on se trouve en présence d'un tableau de confusion chronique.

D'autres fois, c'est un ictus apoplectique ou une crise aiguë d'urémie avec troubles mentaux qui conduisent l'ivrogne à l'asile.

Plus rarement, on observe le syndrome de Korsakoff, plus ou moins complet.

Dans tous ces cas, la déchéance organique est profonde, beaucoup plus profonde que chez les sujets dont l'internement a été motivé par un état aigu, ivresse ou délire aigu. Le foie, le rein sont gravement touchés. Insuffisance hépatique, ictère, cirrhose, brightisme, urémie, hypertension sont d'une fréquence banale chez les alcooliques chroniques, à l'encontre de ce que l'on observe chez l'alcoolique à accès subaigus qui sort de l'asile guéri en quelques semaines de ses troubles mentaux, et ne présente en général que des troubles passagers des fonctions hépatiques et rénales, lorsqu'il en présente.

Chez les uns, il semble que la désintégration organique ait été nécessaire à l'apparition des psychoses. Tant que foie et rein ont bien fonctionné, tant que la neutralisation et l'élimination du poison alcool a pu se faire, le cerveau semble avoir été défendu. Ce n'est

que lors de la défaillance des organes régulateurs de la composition du milieu humoral, qui a permis une accumulation des poisons (alcool ou toxine de diverses origines) que sont apparus les troubles mentaux.

Or, tant que le vin et l'alcool paraissent bien supportés, on ne pense pas au danger et on continue. Le trouble mental, si précoce chez certains individus sensibles ne donne pas l'alarme et lorsqu'il apparaît il est trop tard, la déchéance organique est un fait accompli, se traduisant par des lésions anatomiques décelables *post-mortem*, par l'anatomo-pathologiste.

Inversement, chez les sujets internés au moindre excès, en raison de leur sensibilité, et dont nous avons déjà parlé, il semble que tout de suite les cellules cérébrales réagissent, et le buveur est sevré par l'internement avant que son organisme ne soit gravement lésé par le poison.

Or, toutes les observations de buveurs internés tardivement révèlent une hypotonie remarquable du vague. Il semble, en rapprochant ces constatations cliniques des faits expérimentaux précités, qu'à la faveur de cette hypovagotonie, ces sujets soient constitutionnellement plus résistants aux poisons. Ainsi que nous l'avons dit, nous pensons que chez les hypovagotoniques, les échanges de la cellule nerveuse avec le milieu humoral sont moins actifs que chez le vagotonique. Pour une concentration donnée d'un poison dans le sang, l'imprégnation de la cellule nerveuse sera plus lente et moins profonde chez l'hypovagotonique que chez le vagotonique.

Si les organes dont l'activité concourt à rétablir à chaque instant la constance de la constitution du milieu humoral, par neutralisation et élimination des produits nocifs, fonctionnent normalement, la concentration des poisons introduits dans le sang diminue rapidement et l'imprégnation des cellules nerveuses est faible.

Mais si le pouvoir absorbant de la cellule est augmenté (c'est ce qui se passe probablement chez les vagotoniques), celle-ci sera plus profondément imprégnée avant que le poison ait été éliminé.

De même, si la défaillance des organes de défense, comme le foie et le rein, permet une concentration plus grande des poisons dans le sang, ceux-ci imprègneront plus vite et plus longtemps la cellule nerveuse.

C'est ainsi que la pathogénie des psychoses alcooliques nous semble pouvoir relever de mécanismes multiples et intriqués : d'une part, les troubles de l'activité des organes régulateurs de la constitution humorale ; d'autre part, la sensibilité individuelle aux poisons, due probablement à l'activité des échanges qui ont lieu entre le milieu cellulaire et le milieu humoral, sensibilité que l'expérimentation révèle grande chez les vagotoniques et faible chez les hypo-vagotoniques.

L'alcoolique vagotonique ou à système neuro-végétatif déséquilibré avec périodes de vagotonie, est fort sensible à l'alcool qui déclanche chez lui des accidents aigus ou subaigus.

Au contraire, le buveur hypovagotonique est moins sensible, résiste longtemps aux excès de boisson et ne présente de troubles mentaux que lorsque ses organes sont profondément lésés et n'éliminent plus que lentement les poisons ou même en fabriquent à leur tour : à la faveur de cette insuffisance des organes de défense, l'alcool ou les auto-toxines peuvent, en raison de leur concentration, intoxiquer d'une façon massive les cellules corticales.

Toutefois les alcooliques chroniques peuvent aussi entrer pour délire aigu. Des excès plus considérables d'alcool sont souvent à l'origine de ces états.

D'autres fois, ainsi que l'ont établi de nombreux auteurs, la déchéance hépatique et rénale en éclaire l'étiologie.

On conçoit, dans ces deux cas, que malgré leur hypovagotonie qui se traduit par une moindre sensibilité aux poisons, ces sujets présentent tout de même des accidents aigus.

Mais ce qui semble échapper à l'interprétation, ce sont les cas de délires aigus déclanchés chez des sujets habi-

tuellement résistants malgré leurs excès, comme si cette résistance avait brusquement défailli, à la suite, par exemple, d'une maladie infectieuse, d'un traumatisme, d'une injection de sérum, d'une chloroformisation, etc..., et même de la suppression brusque de l'alcool.

Or, parmi les maladies infectieuses, ce sont la pneumonie, l'érésypèle, le rhumatisme articulaire aigu, etc., que l'on trouve le plus souvent à l'origine.

Là, encore, le déficit brusque de la résistance organique nous paraît lié à l'apparition soudaine d'une vagotonie chez des sujets normalement hypovagotoniques. En effet, nos recherches sur les maladies infectieuses nous ont montré que les fièvres éruptives, la pneumonie, le rhumatisme articulaire aigu, l'érésypèle étaient toujours accompagnés, au moins à une certaine période, de l'apparition d'une vagotonie souvent énorme, comme si les germes infectieux de ces affections sécrétaient des produits fortement vagotonisants.

De même, les traumatismes crâniens, les commotions sont souvent suivies d'hypervagotonies. Les observations de Gautrelet, sur les blessés, et les nôtres propres, sur les commotionnés, ont fréquemment montré chez ces sujets une excitabilité vagale considérable.

Ainsi l'éclosion chez un alcoolique hypovagotonique, normalement résistant, d'une maladie infectieuse ou la production d'un traumatisme en accroissant brusquement l'excitabilité du vague, rend-elle les sujets plus sensibles aux poisons exogènes ou endogènes.

On a signalé aussi chez les alcooliques chroniques l'apparition de délire aigu à la suite de chloroformisation ou d'injection de sérum. Or, le chloroforme accroît l'excitabilité du vague. Nous avons vu de même que l'injection de sérum était suivie d'une perturbation du tonus neuro-végétatif et, à une certaine période, de l'apparition d'une vagotonie nette chez des sujets qui antérieurement étaient normalement hypovagotoniques.

Enfin, la suppression brusque de l'alcool déclanche

quelquefois un délire aigu. Or, on voit que chez les alcooliques, la privation brusque de leur poison habituel peut provoquer, comme chez les toxicomanes, des accidents sérieux, de l'angoisse, du tremblement, des vertiges, des syncopes, accidents qui disparaissent immédiatement après l'ingestion d'une nouvelle dose toxique. D'autre part, les sujets qui font des excès d'alcool doivent élever les doses ingérées pour ressentir les mêmes effets. Rapprochant ces constatations cliniques des faits expérimentaux que nous avons signalés, et de nos recherches sur le sevrage chez les toxicomanes, nous pensons que l'accoutumance de ces sujets est liée à l'inversion du tonus neuro-végétatif, comme dans la mithridatisation, et que la suppression brusque du toxique s'accompagne d'une vagotonie de réaction. Et, à la faveur de cette vagotonie, toutes les toxines produites par un organisme chroniquement intoxiqué, agissent peut-être d'une façon massive sur les cellules de la corticalité dont le pouvoir d'absorption est probablement augmenté. Ainsi pourrait s'expliquer l'apparition de délire aigu par suppression brusque d'alcool.

Voici quelques observations d'alcooliques chroniques, entrés tardivement à l'Asile, après une longue période de résistance, malgré des excès éthyliques considérables. Tous sont des hypovagotoniques.

*Bar...*, 62 ans, sondeur, entré le 18 novembre 1922, pour alcoolisme chronique, syndrome de Korsakoff.

R. O.-C. : nul.

R. sol. : faiblement positif.

*Darrío...*, 65 ans, entre à la Clinique le 31 août 1923 pour alcoolisme chronique avec troubles du caractère. Idées de jalousie, artério-sclérose. Hypertension.

Examen du système neuro-végétatif, le 28 novembre 1923 : R. O.-C. : 72-72. R. sol. : positif

Le 15 janvier 1924 : Amélioration. Peut être rendu à sa femme. R. O.-C. : nul. — R. sol. : plus.

*Bru...*, 56 ans, jardinier, entré le 5 juillet 1912 pour alcoolisme chronique avec troubles du caractère, violences, agressivité, idées de persécution.

Le 4 mars 1924 : R. O.-C. : 66-66.

R. sol. : plus.

*Dufr...*, 43 ans, vannier, entre le 15 septembre 1923 pour alcoolisme chronique avec affaiblissement intellectuel, perte du sens moral. Nombreux attentats à la pudeur. Troubles du caractères.

R. O.-C. à son entrée : 66-66.

R. sol. : légèrement positif.

Le 7 novembre 1923 : R. O.-C. : 60-60.

R. sol. : nul.

Le 13 novembre 1923 : R. O.-C. 60-54.

R. sol. : légèrement positif.

Transféré le 21 novembre 1923.

*Iar...*, 50 ans, hôtelier, entré le 9 novembre 1923 pour alcoolisme chronique avec accidents subaigus. Etat confusional, onirisme, pantophobie. Anxiété. Idées de jalousie et de persécution. Artério-sclérose. Œdème des membres inférieurs. Sénilité prématurée.

Le 10 novembre : R. O.-C. : 90-90.

R. sol. : positif.

Le 15 novembre : R. O.-C. : 96-84.

R. sol. : nettement positif.

Le 17 novembre : R. O.-C. 72-66.

R. sol. : positif.

Le 28 novembre : R. O.-C. : 108-108.

R. sol. : très marqué.

Le 6 décembre : R. O.-C. : nul.

R. sol. : très marqué.

Toujours anxieux et confus. Persistance de l'onirisme.

Le 17 décembre : R. O.-C. : très peu marqué.

R. sol. : positif.

Le 21 décembre : R. O.-C. : nul.

R. sol. : très positif.

Le 26 janvier : R. O.-C. : 78-76.

R. sol. : positif.

N'est plus confus. Plus de terreurs nocturnes. Pas d'anxiété, mais légère teinte dépressive.

Le 18 février 1924 : R. O.-C. : nul.

R. sol. : peu marqué.

Transféré à Villejuif le 23 février 1924.

*Marq...*, 54 ans, marchand de vin, entré le 23 janvier 1923, pour alcoolisme chronique. Accidents subaigus avec



confusion. Agitation. Onirisme. Tremblement diffus. Etat général mauvais. Congestion pulmonaire.

Le 14 février 1924 : R. O.-C. : nul.

Amélioré au point de vue mental. Gros foie, grosse rate, ascite.

Le 17 février 1924 : R. O.-C. : 78-84.

*Lherm...*, 72 ans, garçon de café, entré le 29 février 1924 pour confusion mentale, onirisme. Visions d'enfants dans sa chambre, de petites filles qui dansent, les murs dansent aussi. Etat général précaire. Trémulation diffuse. Excès éthylique.

Le 1<sup>er</sup> mars 1924 : R. O.-C. : très peu marqué.

R. sol. : nul.

Le 15 mars 1924 : amélioration.

Confusion dissipée. Bonne orientation.

R. O.-C. : nul.

R. sol. : légèrement positif.

*Pid...*, Achille, comptable, entre le 19 février 1923, pour alcoolisme chronique avec idées de persécution mal systématisées, hallucinations multiples, fugues, troubles du caractère, violence, réactions dépressives, idées de suicide. Etat ayant débuté il y a un an.

A son entrée : R. O.-C. : 76-76.

7 mai 1923 : Amélioration : R. O.-C. : 64-60.

*Len...*, Pierre, 50 ans, présente un état d'affaiblissement intellectuel avec idées délirantes de persécution, hallucinations auditives et visuelles, préoccupations hypochondriaques.

Ethylisme chronique et très ancien.

A son entrée : R. O.-C. : nul.

#### ETATS CONFUSIONNELS EN GÉNÉRAL

L'étude des psychoses toxi-infectieuses et des psychoses par auto-intoxication nous a permis d'observer que l'état du système neuro-végétatif intervient d'une manière indubitable dans leur étiologie, de même que dans les psychoses par intoxications exogènes.

Ainsi que le fait remarquer fort justement Anglade « on s'est trop hâté de reléguer à l'arrière-plan la

prédisposition dans l'étiologie de la confusion mentale ». En effet, si certains individus réagissent à la moindre infection par du délire, de l'onirisme, de la torpeur intellectuelle, d'autres, au contraire, sont atteints de maladies infectieuses graves sans présenter de troubles psychiques sérieux ou même notables. De même, on voit de petits hépatiques faire facilement des troubles confusionnels, tandis qu'à côté de grands brightiques ou de grands cirrhotiques ne présentent à aucun moment de signes psychopathiques. Il n'y a souvent pas de parallélisme entre l'intensité des troubles mentaux confusionnels et l'intensité des causes d'intoxication.

Aussi, nous avons recherché si là encore il n'existait pas un rapport entre la résistance individuelle et le terrain neuro-végétatif. Nous avons alors constaté que les sujets vagotoniques présentent une aptitude remarquable à faire des troubles confusionnels, tandis que chez les hypovagotoniques on en observe rarement ou si l'on en voit c'est à la suite d'une très importante intoxication soit infectieuse soit endogène.

Les complications confusionnelles sont très fréquentes chez les maniaques et les mélancoliques. Or, nous l'avons vu, excités et anxieux sont de grands vagotoniques. Aussi la moindre infection ou la moindre auto-intoxication provoque-t-elle aisément l'apparition de symptômes confusionnels. Et, fait caractéristique, de même qu'au cours des intoxications expérimentales et de l'intoxication alcoolique, en même temps que se manifestent les symptômes dus à l'intoxication de la corticalité, c'est-à-dire les signes de confusion, on voit se modifier le tonus neuro-végétatif. Le R. O.-C. domine ou même devient nul, l'excitabilité du vague ne réapparaît que lorsque disparaissent les troubles toxiques confusionnels.

Voici l'observation d'un malade fortement vagotonique qui étant entré dans le service pour accès anxieux nous a fait à la suite de deux petites infections, deux accès confusionnels.

*Bern...*, Maurice, 15 ans, entre à la Clinique, le 27 octobre 1923 pour dépression mélancolique avec anxiété, inquiétude, craintes imaginaires. Répond bien aux questions. Pas de confusion dans les idées. Bien orienté. Pas de fièvre.

A son entrée : R. O.-C. : 72-24.

R. sol. : nul.

Le jour suivant, le 28 octobre, la température monte à 38°5 le soir. Bouche sèche. Langue saburrale, lèvres fuligineuses. Pas d'appétit. Agité la nuit. Cet état persiste le lendemain toute la journée.

Le 30 octobre on constate l'apparition d'un léger subictère. Les yeux sont cernés de nombreuses taches pigmentaires. En même temps on s'aperçoit d'un changement complet du tableau clinique. Est devenu très confus. Désorienté. Ne sait plus son âge. Propos sans suite, incohérents. Halluciné : semble parler avec son père. Opposition à tout examen. Négativisme. Auscultation difficile. Ne donne aucun renseignement. Légère dyspnée.

Le 31 octobre : Même état confusionnel. Légère amélioration de l'état général.

Le R. O.-C. : 60-54.

Le R. sol. : nul.

Le 5 novembre : Meilleur état général. Plus calme. Moins confus. Commence à s'alimenter, Plus de fièvre.

Le 6 novembre : R. O.-C. : 60-36.

R. sol. : légèrement positif.

Le 7 novembre : Très amélioré. Disparition de la confusion. Calme.

Le 8 novembre : Bien orienté. Lit le journal. Indique les événements du jour.

Le 9 novembre : R. O.-C. : 72-36.

R. sol. : nul.

Semble un peu excité. Chants. Attention mobile. Malsade par moments.

Le 14 novembre : Calme. Bien orienté. Aimable. Paraît très amélioré.

R. O.-C. : 60-42.

Le 16 novembre : De nouveau anxieux. Inquiet. Idées d'auto-accusation.

R. O.-C. : 54-18.

R. sol. : nul.

Le 1<sup>er</sup> décembre : Paraît un peu confus. Aurait vu des choses bizarres la nuit.

R. O.-C. : 72-60.

R. sol. : légèrement positif.

Le 10 décembre : Très amélioré.

R. O.-C. : 72-36.

R. sol. : légèrement positif.

Le 22 janvier : Amélioration progressive et persistante.

Sortie demandée.

Le 23 janvier : On constate une vagotonie croissante.

Pas de modifications au point de vue clinique.

R. O.-C. : 78-12 (vertige).

R. sol. : peu marqué.

Le 29 janvier : R. O.-C. très marqué avec arrêt de 6 secondes.

Le 31 janvier : Etat fébrile. Angine. Se plaint de maux de gorge. Tousse.

Le 1<sup>er</sup> février : Aspect déprimé, anxieux par moments. Répond lentement et difficilement.

Le 2 février : Aspect d'un confus. Ralentissement idéique très marqué. Désorienté. Obtus.

4 février : Même état confusionnel.

R. O.-C. : 66-30.

R. sol. : positif,

7 février : n'est plus confus. Toujours déprimé. Mine sombre. Pâleur du visage. Bien orienté, Réponses lentes mais exactes,

R. O.-C. : 66-24.

25 février : sort très amélioré.

André..., Eugène, 41 ans, est entré une première fois en 1913 pour confusion mentale avec agitation par intervalles. Sorti guéri 5 mois après. Entre à la Clinique pour la 2<sup>e</sup> fois le 17 octobre 1923. Présente un état d'agitation confusionnelle avec onirisme, fièvre, gâtisme.

A son entrée : R. O.-C. : 68-68.

R. sol. : peu marqué.

Cet état persiste jusqu'à la fin de novembre 1923. Vers le 20 novembre, on note une atténuation de l'état confusionnel avec amélioration très nette de l'état général.

Le 28 novembre, la confusion est presque entièrement disparue. Encore légèrement déprimé, pleure facilement, mais aucune idée délirante.

R. O.-C. : 66-48.

R. sol. : légèrement positif.

17 décembre : presque complètement amélioré.

R. O.-C. : 90-36.

R. sol. : positif.

Rendu à sa femme le 24 décembre 1923.

Un autre malade de la consultation, fortement vago-tonique, ayant fréquemment des angines ou du coriza, présente à chaque épisode infectieux, bien qu'ils soient très bénins, de la torpeur intellectuelle, avec obnubilation, lenteur de l'idéation, évocation pénible.

Les dégénérés qui sont, pour la plupart, de grands déséquilibrés du système neuro-végétatif, présentent assez fréquemment des symptômes d'ordre confusionnel au cours des syndromes épisodiques. Nous avons observé plusieurs cas de bouffées délirantes où à la suite de légers troubles fonctionnels hépatiques ou rénaux s'étaient surajoutés des signes de confusion mentale.

*Rons...*, 31 ans, mécanicien, est à la Clinique depuis le 11 mars 1923. A présenté au début un état très polymorphe avec anxiété, idées délirantes du type mélancolique. préoccupations mystiques, Idées d'influence. Hallucinations multiples. Peu à peu s'est surajouté un élément confusionnel très marqué. Ses propos sont devenus incohérents, sans suite. Désorientation, obtusion, stupeur même par intervalles. Etat toxi-infectieux. Ictère. Mauvais état général.

Au bout de 10 jours se produit une légère amélioration de son état avec disparition progressive de signes confusionnels.

*Le 20 avril* : Très amélioré. Plus calme, s'occupe un peu dans le service.

R. O.-C. : 78-30.

R. sol. : faiblement positif.

*3 mai* : complètement guéri de son accès confusionnel.

R. O.-C. : 66-54.

R. sol. : nul.

Sorti le 19 mai 1923.

*Gail...*, Léon, 27 ans, peintre décorateur ; est entré pour la 2<sup>e</sup> fois le 19 décembre 1923 présentant un état polymorphe avec alternatives d'excitation et de dépression, discordances, hostilité, bizarreries dans la mimique et dans les actes. Légère confusion dans les idées qui s'est accentuée

progressivement. A présenté un état absolument comparable au début de la même année, et qui a duré environ 3 mois.

*Le 20 décembre : R. O.-C. : 90-72.*

R. sol. : positif.

*2 février 1924 : amélioré, plus calme. Encore un peu déprimé.*

R. O.-C. : 84-30.

R. sol : positif.

*Monté... Louis, 27 ans, typographe, entré à la Clinique le 12 mai 1923. A présenté à son entrée des idées délirantes de persécutions multiples avec idées d'influence. Dépression mélancolique. Idées de culpabilité. Quelques jours avant son entrée a eu une grippe avec fièvre. Anorexie et insomnie.*

*Trois jours après son entrée :*

R. O.-C. : 90-66.

R. sol. : nul.

*Sort très amélioré le 30 août 1923.*

*Reprend son travail. Pendant 4 mois environ l'amélioration se maintient. Vers la fin de janvier 1924 commence à se sentir moins bien. Dort mal, n'a pas d'appétit, semble fatigué. Vers le 20 février il tombe malade d'une très forte grippe, avec fièvre, qui dure 8 jours. Le 10 mars vient en consultation à la Clinique, où on constate un état de dépression avec idées d'influence et de persécution mal systématisées.*

*10 mars : R. O.-C. : 78-36.*

R. sol. : positif.

*12 mars : même état.*

R. O.-C. : 72-36.

R. sol. : positif.

*17 mars : moins déprimé.*

R. O.-C. : 72-30.

R. sol. : très positif.

*22 mars : très amélioré. Aimable. A repris son travail. N'est plus influencé.*

R. O.-C. : 66-48.

R. sol. : très peu marqué,

Enfin chez plusieurs malades, présentant des causes chroniques d'intoxication, soit des troubles fonctionnels importants du foie et des reins, soit une infection chronique comme la tuberculose, nous avons

observé des poussées confusionnelles nettement consécutives à des poussées vagotoniques. La périodicité neuro-végétative semblait rythmer chez eux la périodicité confusionnelle. Ainsi peut-on entrevoir un lien biologique permettant de justifier en dehors de la clinique, l'introduction de certaines confusions périodiques (*amentia periodia* des Allemands) dans le grand groupe des psychoses périodiques.

*Lacz...* Maurice, 34 ans, cocher-livreur, entre à la Clinique le 18 octobre 1923 pour un accès confusionnel. D'après les renseignements de sa femme, aurait été énervé depuis 4 semaines. Parlait beaucoup, parlait tout seul, dormait mal. Boit modérément. Ne s'enivre pas. A été interné en 1913 à Villejuif, pendant 8 mois, pour un accès analogue.

A son entrée : R. O.-C. : 72-64.

R. sol. : très peu marqué,

14 novembre : n'est plus confus.

R. O.-C. : 72-42.

7 décembre : très amélioré. Calme. Travaille dans le service.

R. O.-C. : 78-70.

R. sol. : très peu marqué,

*Car...*, 48 ans, est entré à la Clinique le 31 août 1923 pour accidents subaigus au cours de l'alcoolisme chronique, avec affaiblissement intellectuel et polynévrite. Tuberculose.

R. O.-C. pris quelques jours après son entrée s'est montré nul.

Au bout d'un mois, on a constaté une amélioration très nette. L'état général était meilleur. Moins confus. Suffisamment orienté.

Vers le 9 novembre, il fait une poussée de tuberculose avec localisations pleuro-pulmonaires à la base gauche.

Quelques jours après il redevient confus et commence à fabuler. On peut provoquer la fabulation sur n'importe quel sujet.

A ce moment : R. O.-C. : 120-60.

R. sol. : très marqué.

D'ailleurs, l'étude des facteurs étiologiques de la confusion mentale, en dehors des grosses causes d'intoxication, telles que les lésions hépatiques ou

rénales, ou les infections graves montre au premier plan, la diathèse neuro-arthritique, la puberté, la menstruation, la ménopause, la grossesse, l'hyperthyroïdie, les troubles surrénaux, les dermatoses, les émotions et les traumatismes. Or, l'étude du système neuro-végétatif révèle au cours de ces états de profondes modifications de l'excitabilité vagale, traduites souvent par une hypervagotonie notable. Ainsi ces affections, créant à la fois la cause efficiente, c'est-à-dire le poison, et la cause favorisante, c'est-à-dire la vagotonie, peuvent-elles être particulièrement génératrices de troubles confusionnels. Nous n'insisterons pas, car ceci nous entraînerait trop loin et, de plus, nous voulons, dans cet exposé, rester uniquement dans le domaine de l'observation précise, expérimentale et clinique.

### CONCLUSIONS

L'exposé des faits expérimentaux et cliniques dispense presque d'écrire une conclusion. Il n'est nullement besoin d'interpréter pour affirmer que le système neuro-végétatif joue un rôle important dans la pathogénie et l'étiologie des psychoses d'intoxication.

L'expérience montre que les vagotoniques sont beaucoup plus sensibles au poison que les hypovagotoniques, et que, pour les faibles quantités de toxique, le tonus neuro-végétatif commande l'intensité des manifestations morbides.

Aussi, rien d'étonnant que la clinique nous ait révélé un rapport semblable entre la production des psychoses d'intoxication et l'état du système neuro-végétatif des malades.

Cette notion nous paraît intéressante à souligner, car elle permet de saisir le mécanisme biologique, qui intervient dans toute une série de troubles mentaux confusionnels, alors que, dans bien des cas, devant l'insuffisance apparente des facteurs toxiques, on était obligé de se réfugier derrière les mots de diathèse, d'idiosyncrasie ou derrière des explications purement psychologiques.



---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

SÉANCE DU LUNDI 29 JUIN 1925

Présidence de MM. ROUBINOVITCH, Président  
et SOLLIER, Vice-Président

Mme Minkowska, MM. X. Abély, Beaudouin, Deron, Targowla, membres correspondants, assistent à la séance.

La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le D<sup>r</sup> Carrette, qui remercie la Société de lui avoir décerné le prix Esquirol ;

une lettre de M. le D<sup>r</sup> Montassut, qui remercie la Société de lui avoir décerné le prix Moreau de Tours.

La correspondance imprimée comprend :

l'annonce d'un nouveau journal : *Zeitschrift für Volker psychologie und Zoziologie* ;

une communication de la société : Les amis de la Pologne.

Lecture du procès-verbal de la précédente séance.

A propos du procès-verbal, M. Pactet, chargé par la Société de formuler des vœux concernant les précautions à prendre contre les dangers résultant du maintien d'individus atteints de troubles mentaux dans les professions de conducteurs d'automobiles et d'employés de chemins de fer chargés d'un service intéressant la sécurité publique, donne lecture des vœux suivants :

Comme conclusion au rapport que j'ai présenté à la dernière séance, je propose à la Société médico-psychologique d'adopter les vœux suivants, qui ont déjà été émis par l'Académie de médecine, en ce qui concerne

les conducteurs d'automobiles, dans sa séance du 9 janvier 1923, et transmis aux Pouvoirs publics :

### VŒUX

1° Il ne sera délivré de permis de conduire qu'aux sujets âgés de plus de vingt ans, sans aucune dérogation.

2° Le permis de conduire sera refusé à tout candidat atteint de troubles mentaux, de lésion organique du cœur, des vaisseaux ou du système nerveux, d'insuffisance de la vue ou de l'ouïe, constatés par une Commission médicale spéciale et le mettant hors d'état de conduire convenablement une voiture automobile. Un règlement précisera la nature et le degré des lésions qui serviront de base à la Commission médicale pour donner un avis défavorable à la délivrance du permis de conduire.

3° Le permis ne sera accordé aux mutilés qu'au cas où les appareils dont ils sont porteurs leur donneront une aptitude suffisante pour la conduite des voitures automobiles.

4° Le permis ne sera valable que pour dix ans, au bout desquels le chauffeur devra subir un nouvel examen médical. Dans des cas spéciaux où la commission médicale le jugera utile, le permis ne pourra être délivré que pour trois ans.

5° Le permis sera retiré en cas d'ivresse, ou tout au moins de récidive d'ivresse.

6° Tout chauffeur ayant provoqué un accident par sa faute sera soumis à un nouvel examen médical.

De plus, la Société médico-psychologique est d'avis qu'il soit institué un carnet de l'automobiliste, qui serait un carnet d'identité, où figureraient toutes les contraventions et toutes les condamnations infligées aux conducteurs d'automobiles à l'occasion de l'exercice de leur profession.

En ce qui concerne les employés des compagnies de chemin de fer, la Société médico-psychologique émet les vœux suivants :

## VŒUX

1° Les employés des compagnies de chemins de fer chargés d'un service dit de sécurité seront examinés une fois par an, pour s'assurer qu'ils ne présentent aucun trouble mental.

2° Il serait désirable que cet examen fût pratiqué par des médecins assez compétents pour reconnaître l'épilepsie, les maladies mentales et en particulier la paralysie générale, dès leurs premières manifestations.

3° Il conviendrait d'appeler l'attention des ingénieurs et des chefs de service sur l'importance des troubles du caractère et de l'intelligence et des bizarreries d'attitude survenant chez les agents chargés d'un service de sécurité, et sur la nécessité de les signaler, afin qu'ils fussent soumis à un examen médical. La temporisation bienveillante peut constituer, en certains cas, un sérieux danger.

4° Les agents de la traction sont soumis, à intervalles variables, suivant les compagnies, à une visite périodique, au point de vue de l'acuité visuelle. Ceux d'entre eux qui présenteraient des troubles des réflexes pupillaires devraient être examinés par le médecin chargé de la constatation de l'état mental.

Ces vœux sont votés article par article ; puis leur ensemble est unanimement adopté par la Société qui décide de les adresser aux Pouvoirs publics, aux Compagnies de transport et aux Compagnies d'assurance.

Le procès-verbal est adopté.

## RAPPORT DES COMMISSIONS DE PRIX

*Prix Belhomme :*

M. DE CLÉRAMBAULT, Rapporteur au nom d'une commission composée de MM. Truelle, Capgras, de Clérambault. — Le D<sup>r</sup> Xavier Abély, Médecin de la Maison Nationale de St-Maurice, a étudié dans son mémoire les Stéréotypies et les Catatonies.

1. Il définit les stéréotypies des attitudes, des mouvements, des actes coordonnés sans aucun caractère spasmodique, remarquables par leur fixité et leur répétition sous une forme immuable, intentionnels à l'origine mais susceptibles de devenir automatiques.

Les Stéréotypies sont ainsi des symptômes psychologiques et non pas neurologiques. Elles ont au début un contenu mental (Stéréotypies conscientes et volontaires ; premier type). Elles peuvent devenir secondairement automatiques (Stéréotypies automatiques ; deuxième type). Elles peuvent enfin, sous forme automatique, subsister au cours d'une démence (Stéréotypies démentielles). Elles deviennent, dans ce cas, de plus en plus schématiques ; mais leur forme complexe primitive peut le plus souvent être retrouvée.

L'auteur cite, entre autres cas, un D. P. qui, couvrant des pages entières de dessins stéréotypés mais de plus en plus schématiques disait le faire pour mieux conserver sa mémoire, et semblait en effet le faire dans ce but.

L'auteur étudie les Stéréotypies dans les Psychoses non Démentielles ; ainsi Manie, Mélancolie, Confusion Mentale, Délires Systématisés, Syndrome de Déséquilibre (obsessions et impulsions), Crises Hystériques, Crises Epileptiques.

Les Stéréotypies ne sont pas forcément un symptôme démentiel. Toutefois, d'une façon générale et en dehors des états paroxystiques, elles constituent une présomption de chronicité.

2. Le D<sup>r</sup> X. A. définit la Catatonie une manifestation d'hypertonie neuro-musculaire, résultat de l'hypo-excitabilité des centres tonigènes, libérés des centres encéphaliques régulateurs du tonus. Elle se traduit par l'exagération des réflexes de posture. C'est un symptôme neurologique et non psychologique.

Dans la description nous relevons : persévération et conservation anidéique d'attitudes soit spontanées, soit réflexes, soit provoquées, difficulté et raideur des activités volontaire et automatique d'origine encéphalique.

La catatonie s'observe au cours d'affections diverses, notamment aiguës. Elle n'est pas en soi un signe de démence.

Les formes continues sont d'origine lésionnelles et deviennent chroniques.

Les formes discontinues sont d'origine fonctionnelle, ou indiquent une atteinte discrète (cas confusionnels) ; leur pronostic est favorable.

Ce travail minutieux et complet, nous semble-t-il, mérite d'être couronné par votre Société.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées à l'unanimité, et le prix Belhomme pour l'année 1925 est décerné à M. le D<sup>r</sup> X. ABÉLY, Médecin des Asiles et de Maison Nationale de Santé.

## Démence rapide par sclérose cérébrale

Par MM. L. MARCHAND et X. ABÉLY

Nous rapportons l'observation d'un état démentiel, remarquable par la rapidité de l'évolution et la systématisation des lésions :

*Etude clinique.* — M. R. était âgé de 56 ans. Il était d'une corpulence très au-dessus de la moyenne. On ne pouvait noter chez lui aucun antécédent pathologique grave. Nous signalerons seulement que, depuis 1919, s'était développé, au niveau de la glande mammaire droite une petite tumeur qui s'était ulcérée et qui laissait sourdre à la pression un liquide d'aspect séro-purulent, dans lequel l'examen microscopique ne permit de retrouver aucun microbe. L'examen histologique de cette tumeur, après ablation chirurgicale, montra qu'il ne s'agissait ni de tuberculose, ni de cancer, ni de syphilis. La réaction de Wassermann pratiquée à cette époque fut négative et le malade niait d'ailleurs tout accident initial. Cet incident pathologique paraît n'avoir aucun rapport avec la maladie actuelle ; nous le mentionnons seulement pour montrer la direction que cette donnée pouvait imprimer au diagnostic.

M. R., ingénieur des arts et manufactures, était employé

dans une grande société industrielle, où il remplissait d'importantes fonctions. Il n'avait jamais eu le moindre trouble mental.

Les premiers troubles se sont manifestés au début de septembre 1924 :

C'est d'abord une sensation générale d'asthénie, puis de fatigue intellectuelle. R. ne trouve plus ses mots lorsqu'il veut dicter une lettre à sa dactylo. Son émotivité s'exagère : à la mort d'une belle-sœur, dont la fin était depuis longtemps prévue, il a de violentes crises de larmes, qui étonnent son entourage. R. a d'ailleurs parfaitement conscience de ces troubles et s'en inquiète : « J'ai comme un vide dans la tête, dit-il ; les mots justes ne me viennent plus... Je sanglote comme un enfant... J'éprouve des chagrins hors de proportion avec leur cause. »

La fatigabilité psychique augmente. Bien que le malade évite de se surmener, tout travail intellectuel devient pénible. Cependant, le 12 septembre, il traite encore une affaire importante à l'entière satisfaction de sa société. Un examen physique pratiqué à ce moment ne révèle aucun symptôme organique. On constate cependant un léger trouble de la marche, consistant en un certain degré d'instabilité au moment du départ, avec incoordination à peine apparente dans la mise en train. L'examen des urines montre des traces d'albumine, d'urobiline ; pas d'acétone ; mais une forte glycosurie (25 g.).

Le 15 septembre, on note quelques troubles plus marqués du langage, une véritable paraphasie : le malade emploie un mot pour un autre, et ne s'en rend pas compte.

En même temps que la dysphasie s'étend, l'obtusion intellectuelle est de plus en plus nette. R. ne répond bien qu'à des demandes simples, banales. Si la question est plus complexe, il paraît ne comprendre que partiellement ou pas du tout. Il est incapable de suivre plusieurs idées, plusieurs phrases consécutives. R. présente encore des crises de larmes peu motivées. Il garde une certaine conscience de son état, mais il s'étonne plutôt qu'il ne s'affecte de son impuissance psychique.

A partir du 20 septembre, l'aggravation marche rapidement. Le malade devient incapable de dire son âge, sa profession. Il semble maintenant tout à fait inconscient de sa situation. L'étonnement même a disparu. Des crises de rire immotivé apparaissent et l'emportent de plus en plus sur les crises de pleurs.

Les troubles du langage, l'amnésie, l'obtusion sont de plus en plus envahissantes. Le malade est incapable de désigner les objets qu'on lui présente. Il peut répéter les mots prononcés devant lui. On peut constater aussi, en lui faisant prononcer des mots d'épreuve qu'il n'a pas de dysarthrie. Conduit à une consultation médicale, le malade ignore pourquoi il se trouve là, ne répond à peu près à aucune question. Il n'est cependant pas entièrement désorienté dans le temps ; il sait encore l'année.

Un examen d'urine fait le 20 septembre montre la disparition totale du sucre et de l'albumine et l'absence d'acétone.

Les troubles physiques restent minimes. Le malade peut marcher ; il sort accompagné de sa femme. La démarche est de plus en plus incoordonnée. La lontanr du démarrage s'est accentuée. A plusieurs reprises, le malade s'étant arrêté, a la plus grande difficulté à repartir.

Il n'y a eu aucune attaque épileptiforme ou apoplectiforme, aucun symptôme de paralysie. Les pupilles réagissent normalement. Il n'y a jamais eu de vomissement. On n'a jamais constaté de fièvre. Le pouls est entre 80 et 90.

Le 29 septembre, un professeur de la Faculté voit le malade et conclut qu'il n'y a guère que deux diagnostics possibles : paralysie générale ou tumeur cérébrale.

Mais, d'une part, la ponction lombaire pratiquée le 1<sup>er</sup> octobre ne décèle pas d'hypertension et l'examen du liquide céphalo-rachidien donne les résultats suivants : Wassermann négatif. Lymphocytose : 3,5. Pas de polynucléose. (De plus la réaction de Wassermann du sang, effectuée à trois reprises et dans des laboratoires différents, reste négative).

D'autre part, une consultation ophtalmologique permet de préciser les points suivants : « Fond d'œil normal ; les pupilles sont égales et possèdent leurs mouvements physiologiques. Les champs visuels sont normaux et il n'y a ni rétrécissement ni scotome. Presbytie sans complication qu'un léger astigmatisme hypermétropique, donnant après correction pour chaque œil une acuité visuelle sensiblement normale. »

A partir du 5 octobre, la maladie fait des progrès de plus en plus rapides. Le malade est complètement désorienté aussi bien dans le temps que dans l'espace. Il avait encore une vague notion de l'heure, du moment des repas. Il mangeait seul. Peu à peu, il n'a plus su porter la cuiller à la bouche. Il a fallu le faire manger. Il se comporte

comme un enfant. Il se montre docile. On le couche, on le lève, on le nourrit. Il se laisse faire. Le 12 octobre, il paraît reconnaître encore les membres de sa famille. Il comprend lorsqu'ils lui adressent quelques paroles simples.

Mais bientôt le malade s'agite un peu. Il prononce des mots grossiers pour la première fois et réduit à ces quelques mots tout son vocabulaire. A ce moment apparaissent des hallucinations. Le malade se comporte du moins comme s'il voyait des spectacles terrifiants et entendait des menaces. Ces troubles redoublent pendant la nuit. R. a l'air très effrayé, pousse des cris, se lève et dit même à sa femme : « Un fusil ; faut le tuer. »

La marche est devenue plus difficile, plus incoordonnée ; on constate un léger tremblement des mains.

Entre le 15 et le 25 octobre, l'état est le suivant :

R. semble totalement désorienté. Le regard est vague, égaré, ne se fixe pas sur les personnes et sur les objets. Le malade ne paraît posséder qu'une représentation très imprécise du monde extérieur. Il semble impossible non seulement de fixer quelques instants son attention, mais encore de pénétrer dans son psychisme.

L'obtusion est profonde. Quelque simple que soit la question posée, on n'obtient aucune réponse. Le malade ne reconnaît même pas son nom : « Vous êtes bien M. R... » Il répète simplement : « M. R..., M. R., » sans paraître comprendre le sens de ce nom. Quelquefois cependant, lorsque la question est posée de façon brève et impérieuse, le malade semble encore faire un effort, essayer de répondre par un mot ou par un geste qui avorte. Aucun objet n'est reconnu ; R. détourne d'ailleurs aussitôt le regard sur un autre point. La lecture est impossible. L'asymbolie est aussi très nette : une cuiller, un crayon, une cigarette, un objet comestible, placés entre les mains du malade, qu'il ait les yeux ouverts ou fermés, n'éveillent aucun complexe sensoriel connu. R. ne peut même pas en esquisser l'usage : la cuiller est tenue à l'envers et R. est d'ailleurs incapable de manger seul. Le crayon est saisi à pleine main ; si l'on approche une feuille de papier, on n'obtient que quelques traits ou quelques griffonnages. Le malade est incapable de nommer un objet.

Ces troubles aphasiques, agnosiques, apraxiques, beaucoup plus manifestes antérieurement, sont submergés maintenant par l'état démentiel généralisé. Cependant nous avons pu obtenir encore du malade quelques serremments de



main et même le geste, correctement exécuté, de porter le doigt sur le nez.

Le malade émet quelques mots isolés, dont on ne peut toujours saisir le sens, mais qui sont sans rapport avec la situation présente. On peut cependant constater, grâce à cette élocution spontanée, qu'il n'existe pas de dysarthrie.

On observe encore chez R. des phénomènes d'échomimie et de d'écholalie. Il répète le mot bref ou le geste simple de l'interlocuteur. C'est ainsi que quand on lui dit : « Bonjour », il répond « Bonjour ». Il présente de plus une sorte de viscosité ou de persévération psychomotrice : lorsqu'il a émis un mot ou fait un geste spontanément ou par imitation, il le répète à plusieurs reprises. La palilalie ne s'accompagne pas d'accélération du débit, qui reste lent.

R. s'agrippe à tout ce qui lui tombe sous la main et le serre fortement ; il s'accroche aux vêtements, à la blouse de ceux qui l'approchent, et on a beaucoup de peine à lui faire lâcher prise. Il montre d'ailleurs ainsi une remarquable conservation de sa force musculaire.

R. se laisse nourrir assez facilement. Lorsque la cuiller atteint ses lèvres, il ouvre spontanément la bouche et accomplit les actes nécessaires de mastication et de déglutition.

Le malade présente une légère agitation continue ; il rejette les couvertures ; il essaie de se lever. Mais il est très facile de le maintenir couché.

Il ne dort ni la nuit ni le jour. Cependant les nuits sont calmes. Il ne pousse que quelques rares cris. Il semble bien que les hallucinations n'existent plus ; le malade ne paraît ni écouter ni voir des personnages imaginaires.

Le visage du malade n'est pas inerte et figé. Il offre au contraire des expressions diverses et rapidement variables de joie, de tristesse, de frayeur. Les alternatives de pleurs et de rire existent toujours. Le plus généralement cependant l'humeur du malade paraît gaie ; la mimique, du moins, est le plus souvent souriante.

Ce sourire, associé au mutisme, prend parfois l'allure de l'ironie. On a même l'impression que R. voudrait jouer, voudrait lutter, par exemple, avec des gestes rudimentaires, mal orientés, mais sans méchanceté, sans violence.

Ces expressions mimiques paraissent vides de contenu affectif, et ne répondent, en tout cas, à aucune impression d'origine externe. La visite des membres de sa famille,

que d'ailleurs il ne reconnaît pas, ne modifient en rien ces jeux de physionomie.

Cependant toutes les fois que se produit un bruit un peu fort, toutes les fois que l'on approche brusquement de son lit, en somme chaque fois qu'on le tire de sa torpeur, il semble vivement effrayé et exécute quelques mouvements de parade ou de défense. De même lorsqu'on le touche, il a des gestes brusques de retrait ; il se met à crier : « aï ». Il ne s'agit pas là d'un phénomène d'hypéresthésie vraie, car R. se calme aussitôt ; on peut l'examiner sans difficulté et l'examen de la sensibilité ne montre pas d'hypéresthésie.

Au point de vue physique, nous notons surtout (en dehors des troubles de la démarche et de l'incoordination des mouvements délicats des membres supérieurs) des faits négatifs :

Il n'y a pas de paralysie faciale. Les réflexes pupillaires sont normaux.

Il n'existe pas de nystagmus.

Il n'y a pas de paralysie des membres ; il n'y a pas de contractures, pas de catatonie, pas d'hypertonie ; pas d'exagération des réflexes de posture. Les réflexes tendineux sont plutôt faibles ; le signe de Babinski est absent. La force musculaire est bien conservée. On constate un léger tremblement des mains.

Les réflexes cutanés sont normaux.

On n'observe pas la démarche à petits pas.

La sensibilité à la douleur paraît normale. Quand on pique le malade on constate un mouvement de retrait des membres.

Ajoutons qu'il n'y a plus de fièvre, que le pouls se maintient aux environs de 80 ; que la pression artérielle est normale.

Signalons par contre que le malade est gâteux depuis quelques jours.

Le trouble physique le plus frappant est le trouble de la démarche. Le malade peut se tenir debout sans aide, présentant simplement une certaine instabilité. Mais dès qu'on veut le faire avancer, on est obligé de le soutenir. Il compose mal ses mouvements ; il porte ses jambes trop à droite ou trop à gauche ; il les avance exagérément ou insuffisamment. La démarche est, de ce fait, coordonnée ; la progression est inégale. Le demi-tour n'augmente pas sensiblement ces troubles. Le malade semble chercher à

éviter les obstacles. L'occlusion des paupières reste sans effet sur la marche ou la station debout. On a l'impression qu'il s'agit non pas de troubles d'ataxie, d'asynergie, de dysmétrie ou de déséquilibre, mais beaucoup plus d'une incoordination par défaut d'adaptation, d'appropriation des mouvements successifs en vue de la marche, c'est-à-dire d'un phénomène apraxique. D'une façon générale d'ailleurs, tous les mouvements exécutés spontanément par le malade donnent cette apparence de manque d'appropriation à un but.

Il est difficile d'obtenir de R. des manœuvres motrices diverses ; mais il semble bien qu'il n'existe aucun symptôme de la série cérébelleuse.

A partir du 25 octobre, la maladie poursuit rapidement son évolution. L'obtusion est totale. Le malade est complètement isolé du milieu ; il est impossible de communiquer avec lui. On n'obtient plus aucune réponse, aucun geste, même d'imitation. C'est le néant psychique à peu près réalisé. Le malade s'oppose maintenant à toute modification de position. Il n'est plus possible de le nourrir à la cuiller ; il repousse la main qui approche la nourriture ; il ne déglutit plus ; il ne fait plus de mouvements de mastication. Il ne comprend plus qu'il s'agit d'alimentation. Les yeux restent constamment ouverts ; le malade résiste à l'occlusion des paupières.

Les mouvements spontanés sont complètement incoordonnés. La démarche est devenue tout à fait impossible. Il existe un certain degré de faiblesse musculaire du côté droit ; les mouvements sont du moins beaucoup moins fréquents et beaucoup plus limités de ce côté que du côté gauche ; les réflexes tendineux sont plus faibles.

Trois jours avant la mort apparaît pour la première fois de la fièvre ; la respiration devient stertoreuse. Le malade entre dans une sorte de coma. La température monte progressivement au-delà de 40°. R. meurt le 2 novembre.

La maladie a évolué en moins de deux mois. Le 12 septembre le malade traitait une importante affaire, le 2 novembre il était mort.

*Etude anatomo-pathologique.* — L'autopsie n'a pu porter que sur l'encéphale. Au niveau de la boîte crânienne et de la dure mère nous ne trouvons rien de particulier. L'hémisphère droit pèse 540 gr., le gauche a le même poids. Le bulbe et le cervelet pèsent ensemble 175 gr.

L'examen macroscopique ne révèle aucune lésion. Il n'y a pas d'adhérences méningées ; pas de granulations du

plancher du 4<sup>e</sup> ventricule. Les artères de la base ne présentent pas d'athérome. Les ventricules latéraux ne sont pas dilatés. Enfin on ne peut découvrir aucun foyer de ramolissement, aucune tumeur.

*Examen histologique.* — Les lésions ne portent que sur le cortex. La pie-mère ne présente aucune trace d'inflammation, aucune adhérence. Il n'y a pas d'athérome des vaisseaux méningés. Dans le cortex les seules lésions constatables sont des altérations des cellules nerveuses et des fibres à myéline et une intense prolifération névroglique. Ces lésions sont diffuses et se retrouvent dans toutes les régions corticales examinées.

Les cellules nerveuses renferment toutes une zone pigmentée sans atrophie manifeste du corps cellulaire. Les noyaux sont repoussés à la périphérie et les nucléoles sont excentriques dans les noyaux. Dans les petites cellules pyramidales, les granulations chromophiles sont à peine visibles ; dans les grandes cellules pyramidales elles n'existent plus qu'en une bande très mince, autour du noyau. Ce sont là, en somme, des lésions cellulaires assez banales.

Ce qui est remarquable, c'est l'énorme raréfaction des fibres tangentielles. Par la méthode Weigert-Pal, on constate une dégénération accusée des fibres à myéline de la zone moléculaire. Les fibres tangentielles sont à peine indiquées et seules quelques fibres fines persistent.

Les grosses fibres à myéline qui dans un cerveau normal s'observent dans cette couche ont disparu. Les fibres de la strié de Baillarger sont également très diminuées de nombre au point que sur les préparations cette couche est à peine indiquée. Dans toute l'épaisseur de la couche moléculaire on ne rencontre que des fibres à myéline très fines formant un réseau très peu fourni. On ne trouve aucune apparence de foyers de nécrose corticale (1).

Dans toute cette zone on constate une prolifération névroglique intense. Les cellules névrogliques sont devenues énormes, se sont multipliées ; les fibres névrogliques forment un réseau très dense. Cette lésion est diffuse et ne revêt pas la forme de la sclérose miliaire.

---

(1) Depuis notre communication, nous avons traité par la méthode de Bielchowsky des coupes prélevées au niveau des pôles frontaux. Nous n'avons pas décelé les plaques séniles spéciales décrites dans la maladie d'Alzheimer. Les primitives fibrilles sont très rarefiées dans les cellules pyramidales.

Il n'existe aucune lésion des vaisseaux du cortex. Les espaces périvasculaires ne sont pas augmentés de volume comme le fait se rencontre dans les cerveaux séniles ou préséniles.

Dans la substance blanche sous-corticale, quelques vaisseaux ont leurs parois entourées de blocs de pigment ocre, au milieu desquels on note la présence de quelques cellules rondes.

Le reste de l'encéphale ne présente pas de lésion nette : Au cervelet on ne constate pas d'altération. Les cellules de Purkinje contiennent encore de belles granulations chromophiles. Au niveau des noyaux gris, des pédoncules cérébraux du bulbe on ne note aucune lésion inflammatoire, aucune dégénérescence des fibres myéliniques. Les altérations cellulaires sont tout à fait minimales, beaucoup moins accusées en tout cas que dans le cortex.

*Commentaires.* — Cette observation nous a paru digne d'intérêt à plusieurs points de vue.

Au point de vue clinique nous assistons à l'évolution extrêmement variée et rapidement progressive d'un état d'obtusion psychique et d'amnésie allant graduellement jusqu'au néant mental, associé aux troubles successifs les plus divers : sensiblerie, pleurer et rire spasmodique, paraphasie, échopraxie, écholalie, palilalie, asymbolie, apraxie, troubles sensoriels, troubles de la marche, sans paralysie, sans fièvre, sans symptômes oculaires, sans troubles vasculaires, sans réactions humérales.

Le terme qui s'impose pour désigner un tel tableau clinique est celui de démence. Mais ce qui est tout à fait spécial, c'est qu'il s'agit d'un état dementiel ayant évolué en moins de deux mois. Les tableaux divers de la démence dans ses étapes successives sont reproduits ici, mais au lieu de se succéder au cours de plusieurs années, ils se sont déroulés en quelques semaines. Notre observation est une sorte de film au rythme accéléré dans lequel défile toute l'évolution dementielle.

Au point de vue anatomo-pathologique, le cas est remarquable par la limitation des lésions. Seul le cortex est atteint et dans le cortex ne sont lésés que des

éléments spéciaux. Il n'y a pas de lésions inflammatoires, pas de lésions des vaisseaux. Il ne s'agit ni de démence sénile, ni de ramollissement, ni de démence artérioscléreuse. On ne constate qu'une sclérose corticale pure, généralisée, avec diminution considérable et diffuse des fibres tangentielles. Anatomiquement aussi bien que cliniquement, nous sommes en présence d'une démence dans sa plus pure simplicité. Ce cas, en quelque sorte schématique, nous paraît prouver en effet que la lésion nécessaire et suffisante de la démence est l'altération des fibres tangentielles corticales. Même dans les lésions organiques plus complexes, c'est cette altération qui est essentielle.

Cette observation pourrait donner lieu encore à des considérations multiples sur les rapports des symptômes observés (tels qu'échopraxie, écholalie, palilalie, apraxie, etc.) et de leurs conditions anatomiques.

Enfin nous ignorons totalement les causes possibles de cette sclérose cérébrale qui s'est constituée en deux mois. Nous ne connaissons et nous n'avons pu retrouver, d'autre part, aucun cas analogue. Au point de vue étiologique et nosographique, ce cas pose une énigme que nous n'avons pu résoudre.

#### DISCUSSION

M. TRÉNEL. — L'âge du malade au début de l'affection, et l'allure générale du tableau clinique présenté par lui ne sont pas sans faire songer à la maladie d'Alzheimer. Il n'est que la rapidité de l'évolution qui donne une note quelque peu particulière. Si bien que l'on pourrait s'attendre à trouver à l'examen nécropsique les lésions cellulaires caractéristiques de cette affection.

M. MARCHAND. — L'intérêt de ce cas peut se résumer ainsi : un sujet à l'âge de 56 ans, ayant présenté de la glycosurie intermittente est atteint d'un état démentiel qui évolue en quelques mois. Plusieurs cliniciens, après avoir éliminé la paralysie générale, pensèrent à un état symptomatique de tumeur cérébrale. A l'autopsie on ne constate aucune lésion macroscopique, aucune trace d'athérome. L'examen histologique de

l'encéphale ne décèle que des lésions corticales consistant en des altérations cellulaires banales mais en une disparition diffuse des fibres tangentiellles et de la strie de Baillarger avec une prolifération active du tissu névroglique de la couche moléculaire. Cliniquement notre malade a bien présenté le syndrome de la maladie d'Alzheimer pendant les dernières semaines de son existence mais il était difficile de poser ce diagnostic en raison de la rapidité de l'évolution de l'affection et des constatations histologiques tout à fait particulières et localisées au cortex.

M. TRUELLE. — En réfléchissant au problème posé par cette très intéressante observation, je ne puis que me rallier à l'opinion que vient d'émettre M. Trénel : il existe une analogie clinique très remarquable entre le syndrome étudié et la maladie d'Alzheimer. Ce mélange de démente et de confusion, d'apraxie, d'incoordination en revêt la physionomie. Il existe ainsi, sans doute, des cas d'un tel syndrome clinique qui ne se rattachent point au syndrome anatomique bien défini de cette affection. L'on trouverait très probablement dans beaucoup de ces cas des lésions de sclérose diffuse et généralisée.

M. TARGOWLA. — Il ne semble pas douteux qu'il faille actuellement considérer l'affection décrite par Alzheimer comme un syndrome sans liaison exclusive avec les lésions anatomiques qui, classiquement, y devraient correspondre. J'ai pu suivre un cas analogue, et d'évolution rapide également. L'examen nécropsique montra les lésions de la démente sénile. Il existe, d'autre part, de l'insuffisance hépato-rénale.

M. MARCHAND. — Le cas que nous avons présenté diffère cliniquement de la maladie d'Alzheimer par son évolution rapide, anatomiquement par l'extraordinaire prédominance de la sclérose névroglique. Je pense qu'il faut y voir la cause de l'évolution, et ne pas attribuer la mort à des phénomènes hépato-rénaux.

M. TARGOWLA. — Dans le cas dont je viens de parler la mort s'est produite après des phénomènes fébriles très nets.

## Conducteur de taxi, accidents multiples et condamnations. — Paralyse générale

Par MM. R. DUPOUY et P. SCHIFF

Comme suite aux observations que nous avons relatées ici-même et au rapport que M. Pactet vous a lu à la dernière séance, nous apportons l'observation d'un cas aussi typique que possible : chauffeur de taxi ayant occasionné de multiples accidents de matériel et de personnes, ayant encouru de nombreuses contraventions et en dernier lieu une condamnation à 15 jours de prison avec sursis. Il est conduit à la consultation du Dispensaire de Prophylaxie mentale et nous constatons chez lui une paralysie générale parvenue à un stade avancé, avec euphorie démentielle, propos absurdes, désordre complet des idées et des actes. L'interrogatoire de la famille a permis de conclure que la paralysie générale évolue chez notre malade, au point de vue clinique, depuis dix-huit mois au moins. Ce cas montre l'intérêt des examens médicaux répétés chez les chauffeurs d'automobiles, l'intérêt aussi de la proposition, soutenue par la Commission de l'Académie de Médecine (1), de soumettre d'office à un examen médical tout chauffeur ayant provoqué par sa faute un accident.

Voici notre observation :

François P., 54 ans, est amené au Dispensaire de Prophylaxie mentale par son fils et son gendre parce qu'il est incapable de travailler de façon suivie, qu'il est devenu brutal et querelleur, qu'il fait des dépenses exagérées.

Syphilis avouée, datant de 10 ans selon le malade et traitée à Saint-Louis. Bordet-Wassermann du sang positif. Ponction lombaire : Albumine = 0,70 0/00, réactions de Pandy et de Weichbrodt très positives, 18 lymphocytes au

---

(1) Rapport de M. Balthazard, Académie de Médecine, séance du 9 janvier 1923. In *Bulletin de l'Académie de Médecine*, tome LXXXIX, 1923, p. 47.



mm<sup>3</sup>; réactions du benjoin, de l'élixir parégorique, de Bordet-Wassermann positives. Réflexes vifs. Anisocorie (D >) et signe d'Argyll-Robertson. Tremblement des mains et de la langue, trémulations péri-buccales. Dysarthrie spontanée s'accroissant aux mots d'épreuve.

Orientation dans le temps et l'espace passable, mais incapacité de faire les calculs les plus simples. Jovialité entrecoupée d'accès d'irritation, grosses erreurs de jugement, idées de richesse. Il s'agit d'une paralysie générale typique et ce qui nous intéresse ce sont les rapports de la maladie avec la façon dont le sujet a exercé sa profession.

François P. a été conducteur de taxi depuis 1910 jusqu'en avril 1925. Il n'a jamais conduit à son compte et pendant 13 ans n'a changé que deux fois de compagnie, toujours sur sa demande. Conducteur excellent, bien vu de ses patrons, avait environ 2 à 3 accidents matériels bénins, par an (« écorchures d'ailes », essieux faussés), accidents de fréquence normale et d'où sa responsabilité était dégagée.

Depuis 1923, son activité professionnelle change. Il gagne moins, il a des accidents matériels plus nombreux. En décembre 1923 il renverse une femme, celle-ci a des contusions multiples et se ressentirait aujourd'hui encore de son accident. C'est le premier accident de personne provoqué par P., aussi n'est-il condamné qu'à 25 fr. d'amende, qu'il n'aurait du reste jamais payés. Le malade déclare aujourd'hui qu'il roulait au moment de l'accident à une vitesse très exagérée. Il est vrai que son état mental rend actuellement toutes ses affirmations sujettes à caution, mais la famille confirme que dès cette époque le comportement de P. était anormal, son caractère avait changé, il était devenu irritable et méfiant. Dans les quatre premiers mois de 1924, les accidents matériels se multiplient. P. est renvoyé de la Compagnie où il travaillait depuis plusieurs années. Sa famille voudrait qu'il prît quelque repos, mais il insiste pour remonter sans cesse sur une voiture. Un jour il a un vertige sur son siège, alors qu'il roulait à toute allure; il a le temps d'arrêter sa voiture, va se faire soigner chez un médecin qui le trouve surmené et lui prescrit une potion.

En mai 1924, nouvel accident de personne: il renverse aux Champs-Élysées une femme qui a des contusions multiples et est soignée pendant une semaine à l'hôpital. Traduit en correctionnelle, P. est condamné à 15 jours de prison avec sursis. La compagnie qui a engagé P. se rend

compte de son incapacité progressive et le renvoie, mais le malade refuse de suivre les conseils de ses patrons, ceux de sa famille, fait huit compagnies en deux mois, remonte toujours sur son siège, multiplie les accidents, en a une fois trois en un jour, quelque temps après deux autres à 4 heures d'intervalle. Il se perd dans les rues, ne se rappelle plus en cours de route l'adresse que les clients lui ont indiquée, se trompe en voulant revenir au garage. Il y a des moments où il ne se sent plus maître de sa voiture ; aurait eu à ce moment, dit-il, plusieurs contraventions pour excès de vitesse. En septembre 1924, il renverse un cycliste place de la Concorde (troisième accident de personne) : pas de contravention, le cycliste, peu atteint, étant lui-même en faute, traversait la place en diagonale. P. continue à travailler. Un jour il veut partir sans s'être muni d'essence, met une heure à trouver la raison pour laquelle il a une panne d'essence, laisse sa voiture près d'un square, pour aller se ravitailler, est incapable de la retrouver, va se plaindre au commissariat de police qu'on la lui ait volée. La voiture, mise en fourrière, lui est rendue le lendemain.

L'état de P. s'aggrave, il se perd dans ses vêtements, tient des propos absurdes. Recueilli par son gendre, celui-ci ne peut le surveiller assez pour l'empêcher d'aller mendier des places dans de petites compagnies où on le garde deux à trois jours chaque avant de le renvoyer. Il ne s'arrête de travailler que le 24 avril 1925. Le malade montre maintenant des idées de grandeur et de richesse, de l'excitation sexuelle. Il a 35.000 fr. d'économies (inexact), veut fonder un service d'auto-cars dans son département, veut faire le tour du monde en camionnette. Il veut marier son fils « pour pouvoir inviter toute la commune au mariage », écrit au maire pour commander « huit auto-cars et huit restaurants pour la noce », annonce qu'il aura la Légion d'honneur, déclare qu'il épousera une vieille fille de son pays « un peu bête, mais comme ça elle obéira mieux ». Il devient violent quand on le contredit, il veut à toute force remonter sur sa voiture ; on est obligé de cacher ses vêtements et on nous l'amène.

Nous ne pensons pas devoir ajouter de commentaires à cette observation : tout ce qui peut être dit sur ce sujet l'a été dernièrement par M. Pactet. Néanmoins c'est en multipliant des faits aussi probants que nous

pensons obtenir des pouvoirs publics, dans un but de préservation collective, l'examen neuro-psychiatrique de tout automobiliste reconnu l'auteur d'un accident, et, d'une façon plus générale, l'examen médical et psychotechnique de tous les candidats au brevet de conduire.

#### DISCUSSION

M. ROUBINOVITCH. — J'ai eu l'occasion de faire récemment un diagnostic extemporané de paralysie générale chez le conducteur d'un taxi que j'avais pris pour aller à la gare du Nord. C'est à la gare St-Lazare qu'il m'amena, et il ne sut opposer à mes reproches légitimes que la manifestation d'une euphorie souriante. Je m'aperçus alors que sa pupille gauche était beaucoup plus dilatée que la droite. Ce syndrome d'amnésie, d'insouciance euphorie, et de troubles pupillaires chez un conducteur de taxi circulant dans Paris est une preuve que je viens ajouter à tant d'autres pour montrer l'urgence de la réalisation des vœux formulés par notre collègue le D<sup>r</sup> Pactet.

M. DE CLÉRAMBAULT. — La Préfecture, devançant sur un point la réglementation que nous demandons tous, fait examiner par des psychiatres les chauffeurs de taxi qui se font remarquer par des troubles du caractère. Il faudrait lui signaler les cas individuels qui paraissent mériter cet examen, comme celui du malade dont M. Roubinovitch vient de nous parler.

M. BRIAND. — Il serait désirable que le permis de conduire fût tout au moins retiré à toute personne qui vient d'être internée. La plupart du temps, les anciens conducteurs et leurs familles font tout le possible pour que le permis leur soit laissé à la sortie de l'Asile. La Préfecture en fait-elle le retrait automatique après internement ?

M. PACTET. — Je crois pouvoir répondre à M. Briand que le retrait du permis n'est pas fait systématiquement à toute sortie d'Asile. Les Compagnies de transports paraissent même se désintéresser singulièrement de

cette question. J'ai vu récemment la famille d'un malade prendre l'initiative de demander que le chauffeur abandonnât sa profession, pour éviter les accidents, tandis que la Compagnie à laquelle il appartenait ne s'en était pas occupée.

M. MIGNARD. — Je crois que c'est à nous, médecins d'établissements psychiatriques, de proposer cette mesure, quand il y a lieu, au moment de la sortie d'un interné. Puisque nous sommes déliés du secret professionnel vis-à-vis de l'administration préfectorale, ne pourrions-nous pas, dans notre certificat aux fins de sortie, indiquer que telle personne ne saurait, sans danger, conduire des automobiles ou pratiquer, comme employé des chemins de fer, une fonction intéressant la sécurité publique ? Ainsi, le retrait du permis, par exemple, ne serait pas appliqué à tous les cas sans exception, mais le discernement médical pourrait faire un choix qui reste désirable.

M. GUIRAUD. — Dès maintenant, et dans tous les cas où l'administration préfectorale a le permis en sa possession, elle ne le rend qu'après avis du médecin traitant donné sur un certificat qu'elle provoque de façon expresse.

M. TRÉNEL. — Je suis d'avis que nous avons parfaitement le droit, — et le devoir, — de signaler dans le certificat aux fins de sortie toutes conditions limitatives qui nous paraissent nécessaires à cette sortie proposée, et notamment, s'il y a lieu, l'interdiction de conduire des automobiles ou d'exercer tel emploi intéressant la sécurité publique. Il arrive fort souvent que nous proposons la mise en liberté d'une personne traitée dans un asile d'aliénés à la condition qu'elle aille vivre à la campagne. Pourquoi n'indiquerions-nous pas aussi les professions qu'elle ne saurait exercer sans danger ?

M. RODIET. — Pour ma part, j'ai déjà fort souvent indiqué, comme une condition d'une sortie proposée, l'abandon d'un tel mode d'activité que l'ancien interné ne saurait exercer sans danger. C'est ainsi que, récem-

ment, j'ai conditionné la mise en liberté d'un épileptique et celle d'un paralytique général en état de rémission.

M. BRIAND. — Il est à craindre que les vœux votés par la Société soient difficilement applicables, à cause de la quantité très considérable de conducteurs d'automobiles. En attendant qu'on puisse les réaliser, il serait sage de demander que toute personne sortant d'un asile d'aliénés — qu'elle y ait été placée d'office ou volontairement — ne pût reprendre l'usage de son permis de conduire sans avoir subi l'examen d'une commission de spécialistes.

M. PACTET. — Un des anciens vœux de l'Académie de médecine, joints aux vœux nouveaux que présente aujourd'hui notre Société, se confond avec la proposition de M. Briand. La situation de l'ancien interne est un des cas spéciaux que vise l'Académie.

## Sur l'évolution de l'affectivité chez l'enfant

Par Mlle J. ABRAMSON

Si l'intelligence de l'enfant normal et anormal a été explorée depuis bien des années par des méthodes exactes qualitatives et quantitatives, l'étude de son affectivité est à peine ébauchée. Cependant, le rôle de l'affectivité dans le développement de l'enfant n'a pas échappé aux nombreux investigateurs mais, son étude étant beaucoup plus difficile à aborder, l'exploration de l'affectivité est restée dans l'ombre jusqu'à présent. Nous avons une revue des méthodes et tests pour l'examen de l'affectivité dans le rapport intéressant et très fouillé présenté en 1920 au Congrès de Gand par Decroly et Vermeulen (1). Nous nous rendons compte en le lisant qu'on a beaucoup écrit sur les inclinations

---

(1) DECROLY et VERMEULEN. — Séméiologie psychologique de l'affectivité. *Congrès jubilaire de la Société de Médecine mentale de Belgique*. Gand, 1920.

de l'enfant en général, sur ses tendances, sur son caractère, etc., comme on a écrit sur l'intelligence en général, la mémoire, l'attention de l'enfant avant Binet. La psychologie de l'affectivité de l'enfant attend encore son Binet. Pourtant, toute exploration de l'intelligence de l'enfant sera pratiquement vaine, s'il s'agit de son diagnostic et de son pronostic, tant qu'on n'aura pas des indications suffisantes sur son affectivité, tant qu'on n'aura pas connu les tendances qui déterminent la conduite de l'enfant par rapport à son milieu, c'est-à-dire par rapport aux personnes et aux choses qui l'entourent.

Les éducateurs qui seraient à même de nous donner ces indications ne nous confient pas leur expérience, et nous n'avons en somme, çà et là, que des monographies faites par les parents, le père, la mère, l'oncle ou la tante nous décrivant, parfois au jour le jour, l'éveil et le développement de l'intelligence et de l'affectivité d'un enfant. Les plus intéressantes sont les monographies de W. et Cl. Stern sur le développement de leurs trois enfants. Par malheur, ces monographies sont très rares, et encore s'arrêtent-elles d'habitude à l'âge de 6, 7 ans, âge où l'enfant commence à avoir conscience de sa propre personnalité, âge où il prend contact avec le monde extérieur, âge critique au point de vue du développement de l'enfant. A partir de cet âge, nous n'avons presque rien sur l'évolution affective de l'enfant, sinon ce qui s'est manifesté incidemment de son affectivité à l'examen de son intelligence.

Les médecins neuro-psychiatres, en particulier ceux qui s'occupent des enfants anormaux, ont fourni la contribution la plus importante au problème de l'affectivité chez l'enfant, contribution d'autant plus précieuse qu'ils ont repris le problème là où les psychologues l'ont abandonné, c'est-à-dire à l'âge de 5, 6, 7 ans, au moment où apparaissent le plus souvent les anomalies. En même temps, l'étude de ces anomalies nous fournira des données sur l'évolution affective normale, de même que ceci a lieu dans le domaine des facultés intellectuelles.

Ainsi les travaux de Seguin, de Bourneville et de leurs continuateurs, MM. Binet et Simon, Paul-Boncour, Roubinovitch, André Collin, Heuyer et autres, — je laisse de côté les étrangers — ont marqué une étape dans l'évolution du problème. La thèse de M. H. Wallon, parue récemment, sur les stades et troubles du développement de l'enfant, est une mise au point très intéressante de la question dans toute sa richesse et sa complexité. L'étude de la mentalité de l'enfant post-encéphalitique y a contribué pour sa part, de même que celle de l'enfant pervers.

D'autre part, les psychologues de l'enfance cessent de plus en plus de considérer l'enfant comme une intelligence pure, même quand ils étudient l'évolution de sa pensée — témoin les beaux travaux de Jean Piaget, de Genève. Mais, somme toute, ce ne sont que des étincelles sur le vaste problème de l'évolution affective de l'enfant. C'est pourquoi il ne m'a pas semblé inutile d'apporter à ce problème immense la modeste contribution de mon expérience personnelle.

Ma documentation n'est pas très vaste. Elle ne comprend que 25 cas très hétérogènes, dont 14 pris à la Fondation Vallée, dans le service de M. Roubinovitch, 1 chez M. Paul-Boncour, 1 au Dispensaire d'Hygiène mentale, 3 à la Tutélaire, 3 parmi les malades de M. André Collin. J'ai pris ces trois cas avec l'aide de Mme Despierre, dans son Institution pour enfants nerveux, à Boulogne-sur-Seine ; enfin, j'ai 3 cas d'enfants normaux de 6 à 9 ans, âge critique. En dehors de l'observation, j'ai soumis tous ces enfants à un examen clinique et expérimental.

Les résultats des épreuves sur l'intelligence ont été présentés, en partie, avec M. Roubinovitch, au récent Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Langue Française. Ici, je ne parlerai que des réactions affectives de ces enfants, de leurs intérêts et préoccupations.

Le triage des cas n'est pas dû au hasard. J'ai choisi ceux où il y a une disparité marquée entre le développement de l'intelligence et celui de l'affectivité. Parmi ceux-ci, les cas de développement plus ou moins nor-

mal de l'intelligence avec tares affectives sont beaucoup plus fréquents que ceux où l'affectivité se développe normalement, mais est accompagnée de tares intellectuelles. Je n'ai que deux cas de ce genre. Il s'agit dans un cas d'une jeune fille de 17 ans, qui a l'intelligence et le vocabulaire d'un enfant de 5 ou 6 ans, qui ne sait ni lire ni écrire, qui n'est pas en état de se suffire dans la vie, mais qui a des réactions affectives d'une personne de son âge et peut-être même au-dessus. Cette jeune personne a des instincts de mère et de protectrice très développés. Elle a pris sous sa tutelle quelques enfants dont elle s'occupe de la façon la plus dévouée ; elle dépense pour ses pupilles tout l'argent qu'elle gagne. Chose curieuse, ces enfants sont d'une intelligence parfois supérieure de beaucoup à la sienne, et pourtant, ils se soumettent à son autorité, parce qu'ils sentent qu'elle peut les protéger. Malgré son intelligence si inférieure, cette jeune fille n'a point le comportement d'une sotte ; il faut la traiter avec tous les égards dus à une personne de son âge, car, dans le cas contraire, elle réagit très fortement et manifeste ainsi un amour-propre très développé. Combien de fois voyons-nous par contre des enfants qui répondent bien aux questions visant l'intelligence et qui se comportent dans la vie de la façon la plus sotte !

L'autre cas est celui d'un garçon de 5 ans. C'est un microcéphale d'une intelligence très inférieure. Il ne sait pas son âge et dit à 6 h. 1/2 du soir qu'il est une heure. Il a une très mauvaise prononciation et ne sait se faire comprendre. S'il a certaines aptitudes pour les travaux manuels, il n'assimile pas les connaissances qu'on lui présente toutes prêtes, comme le font d'habitude les enfants normaux, mais doit tout découvrir par lui-même. Aussi son bagage intellectuel est très pauvre. Cet enfant si peu intelligent a une affectivité très fine et très profonde, affectivité très rare à son âge. Etant malade, il s'inquiète de voir sa garde surmenée. Quand celle-ci est malade à son tour, il profite d'un moment où elle est absente pour faire son lit.

Reçu dans une famille pendant les vacances, il trouve



au moment du départ des mots exquis de délicatesse et de reconnaissance pour remercier son hôtesse.

Il est aussi absolu dans ses antipathies. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que, parallèlement à ses bons sentiments, l'enfant se montre très possessif, comme le sont souvent aussi les enfants normaux. Il cache ses jouets, refuse de prêter ses livres et ses crayons et, quand il sort, il les enferme à clef.

Il est intéressant à noter que notre jeune fille est une enfant assistée et le deuxième de naissance irrégulière, et non reconnu ni par le père ni par la mère. Ces enfants ne sont donc pas toujours inférieurs au point de vue des tendances affectives.

Le groupe des enfants d'une intelligence plus ou moins voisine de celle de leur âge et d'une affectivité arriérée est beaucoup plus nombreux. Il comprend 10 cas de perversions constitutionnelles et 10 cas de soi-disant perversions acquises à la suite de l'encéphalite épidémique. Je n'insisterai pas sur les différences au point de vue de l'intelligence entre ces deux catégories. Ces différences avaient été mises en lumière dans notre communication au Congrès. Je retiens ici seulement le fait que dans les deux catégories nous trouvons une inaptitude à s'adapter à la vie sociale et familiale par défaut de tendances affectives normales. Et ce sont justement ces cas qui jettent une lumière frappante sur l'évolution et le rôle de ces tendances. Car, comme l'a remarqué avec raison H. Wallon, l'enfant évoluant normalement est tout en tendances, il présente un enchevêtrement trop riche et trop complexe de possibilités pour qu'on puisse saisir sur le vif, afin de l'analyser, ce monde mouvant et en voie de formation. C'est sur les arrêts et les évolutions déviées qu'on peut étudier le plus aisément les tendances. S'il s'agit de tendances affectives, l'étude de leur développement dévié chez les pervers et l'examen de l'évolution arrêtée chez les post-encéphalitiques peuvent nous être très précieux.

Ce qui frappe le plus ceux qui ont étudié les troubles consécutifs à l'encéphalite épidémique chez les

enfants, ce sont certains traits caractéristiques de leur conduite vis-à-vis des gens et vis-à-vis des objets. Leurs impulsions se portent indifféremment sur les personnes qui les entourent ou sur les objets qui se trouvent sous leur main. Cette jeune fille de 16 ans qui de colère crache tantôt sur ses compagnes, tantôt dans la bassine qu'elle a sous la main en est un exemple bien caractéristique.

Cette impulsivité bénigne, où parfois gens et choses se confondent, est caractéristique aussi des enfants normaux mais beaucoup plus jeunes. Par exemple, une fillette intelligente de 6 ans, d'une très bonne affectivité et parfaitement disciplinée quoique gâtée par ses parents, profite de leur absence d'un moment pour me tirer le nez très fort, ou pour me pincer. Quoique cela lui soit défendu, elle m'embrasse à plusieurs reprises sur les mains pour me marquer son affection. Mais elle est tout aussi prompte à marquer ses antipathies et son mécontentement. Une autre fillette de 6 ans et demi, qui répond d'une façon satisfaisante aux questions d'intelligence de 11 et de 12 ans, se laisse emporter par ses velléités affectives. Elle exprime dans la même heure et avec la même véhémence des effusions de tendresse et des marques d'antipathie à la même personne. Pourtant, elle sait parfaitement jusqu'où elle peut aller. Mais son frère, quoique plus âgé qu'elle de 3 ans, intelligent et très doué et en surplus de meilleur naturel et bien plus affectueux, sait beaucoup moins dompter ses impulsions et il y a des jours où il est tout à fait insupportable, surtout avec les personnes qui n'ont pas d'autorité sur lui. Il est turbulent, il casse et détériore les objets qui se trouvent sous sa main, il est grossier avec certaines personnes, mais il regrette aussitôt ses méfaits, avoue tout de suite ce qu'il a fait et se repent sincèrement. Nous voyons ici une ébauche du comportement des post-encéphalitiques. Et les enfants de ce type sont beaucoup moins rares qu'on ne le pense, surtout là où l'entourage n'a pas d'ascendant sur eux.

Ces états sont d'ailleurs passagers et intermittents chez les enfants plus ou moins normaux et il est rare de les rencontrer après 10, 11 ans, tandis que dans les séquelles d'encéphalite épidémique ils sont continus et chroniques. La simple réflexion exaspère ces enfants et là où il y a lieu de s'impatisser un peu, ils commettent des actes de brutalité. Un garçon de 16 ans donne une forte gifle à son frère assis tranquillement devant le poêle avec son journal, parce que celui-ci ne veut pas lui céder le journal à l'instant même où il le réclame. La taquinerie, habituelle chez l'enfant normal, devient un sport chez les post-encéphalitiques et ils trouvent un soulagement à leur impulsivité en tourmentant leur entourage. La gourmandise, l'onanisme, les vols sont les conséquences de cette impulsivité irrésistible. Mais la gourmandise et même les impulsions à dérober des objets dont ils ont grande envie se constatent aussi chez des enfants jeunes et normaux. Il ne faut pas les juger trop sévèrement, car l'enfant jeune a encore des idées très vagues sur le respect de la propriété privée. Mais les enfants post-encéphalitiques, comme les enfants normaux, avouent et regrettent sincèrement leurs actes, même quand cette impulsivité est beaucoup plus grave et dangereuse. Prenons, par exemple, ce garçon de 16 ans, qui a conservé intacte toute l'instruction très soignée acquise régulièrement jusqu'à l'âge de 14 ans et dont tous les actes sont des impulsions. Il a été renvoyé de plusieurs institutions chaque fois après un court séjour, car au début il ne commet pas d'actes répréhensibles. Mais bientôt il se laisse aller à ses impulsions. Son instabilité est extrême et il devient dangereux. Il faut éviter de prononcer les mots : « il est défendu » ou « il est interdit », sinon l'acte défendu est exécuté aussitôt. Ainsi il a allumé deux fois des incendies dans deux institutions par lesquelles il a passé. Il détruit tout ce qui l'entoure. Ses vêtements sont lacérés, l'installation électrique de sa chambre mise à bas, après qu'il a déterminé deux courts circuits, les murs et le plancher sont couverts de taches d'encre, le papier de tenture arraché.

Mais l'enfant se rend compte de ses actes, il a des remords sincères, il lutte avec ses impulsions jusqu'à la souffrance physique, mais en vain, car seule l'exécution de l'idée lui donne un repos momentané. Notons que l'encéphalite épidémique n'a pas été constatée formellement chez cet enfant. On n'a constaté qu'une scarlatine sans complications, il y a 2 ans, à la suite de laquelle l'enfant a manifesté des troubles du caractère. Mais ce malade présente un tableau si parfait et si complet des séquelles mentales d'encéphalite épidémique que le diagnostic ne parut pas douteux à deux médecins spécialistes. Si nous descendons encore plus bas dans l'impulsivité post-encéphalitique, nous voyons une gloutonnerie morbide, comme chez cette fillette de 5 ans et demi buvant l'eau sale du ruisseau, mangeant des choses dégoûtantes, ses propres excréments, ceux de la poule, en en faisant une réserve qu'elle cache sous du papier. La même fillette a mis le feu à la maison. Sa gourmandise la forçait à dérober tout ce qu'elle trouvait sous la main. Et pourtant cette fillette n'est pas inintelligente, elle répond vivement aux questions posées à une autre petite arriérée. Elle est très sensible à l'approbation ; elle ne veut pas être désagréable mais ses impulsions l'entraînent malgré sa meilleure volonté. Même cette enfant si profondément touchée avait l'air vexée quand on lui faisait une remontrance quitte à recommencer aussitôt après. D'ailleurs ses impulsions coprophagiques se sont très atténuées par la suite.

Si nous remontons maintenant l'échelle des désordres de conduite causés par l'encéphalite épidémique, nous avons des réactions plus bénignes, comme celle de cette enfant de 12 ans 1/2 qui déchire le bas de sa chemise pour en faire une ceinture dont elle a envie pour le moment. Nous avons ensuite des taquineries continuelles, le besoin continu de changement, des sautes d'humeur brusques et sans raison et nous nous rapprochons insensiblement et de plus en plus des conduites enfantines normales, conduites caractéristiques, il est vrai, des enfants beaucoup plus jeunes. A

part cette différence d'âge et un niveau plus élevé de l'intelligence et de l'expérience vécue, la conduite de plusieurs enfants post-encéphalitiques, ceux qui ne sont pas trop atteints, ne se distingue pas trop de la conduite de plusieurs enfants normaux de 4 à 7 ans que j'ai étudiés à ce point de vue. De même que les petits enfants normaux, les post-encéphalitiques ne sont pas indifférents, ils sont, au contraire, très affectueux, même trop, vous embrassant et vous caressant toujours, toujours pleins de bonne volonté, ouverts à la pitié et à la compassion, prêts à vous servir et à vous être agréables. Ce qui les empêche de mettre à exécution leur bonne volonté, ce sont les impulsions brusques dont ils ne sont pas maîtres. Ils agissent comme s'ils étaient le jouet d'une force étrangère. Si nous constatons une méchanceté foncière chez les enfants post-encéphalitiques, il ne s'agit que de cas isolés et rien ne nous empêche alors de supposer qu'un pervers constitutionnel ait pu être atteint d'encéphalite épidémique, d'autant plus qu'on a souvent constaté chez des enfants atteints de cette maladie des tares intellectuelles et affectives antérieures.

Il serait intéressant de noter dans quel ordre les impulsions et les tares affectives se sont manifestées, car elles n'ont pas toutes surgi d'emblée. Je n'ai pu établir cet ordre que dans deux observations et encore ne puis-je les rapporter qu'avec toutes réserves, étant donné que je les relate d'après les témoignages des parents. La première observation est celle d'un garçon âgé de 16 ans qui a eu l'encéphalite épidémique à 10 ans. Tout d'abord se manifesta une extrême paresse. Ce garçon, qui a eu jusqu'alors des prix d'excellence, a cessé tout travail. Puis entrèrent en scène les mensonges et la mythomanie. Nous avons en troisième lieu une excitation génitale, l'enfant manifestant une impulsion irrésistible à embrasser les jeunes filles qu'il ne connaissait pas. Comme quatrième étape apparut la gourmandise. En dernier lieu se manifestèrent les impulsions au vol. La deuxième observation concerne cette fillette âgée de 11 ans, à qui l'encépha-

lite épidémique survenue à 5 ans a laissé des séquelles organiques et qui présente le plus grand désordre affectif, car c'est l'instinct de propreté qui a sombré chez elle. C'est elle qui mangeait ses propres excréments et ceux de la poule et qui en faisait des provisions. Il est intéressant à noter que l'ordre d'apparition des tares affectives n'est pas ici le même que dans l'observation précédente. Cet ordre est même en partie inverse. Ainsi l'impulsion au vol apparut ici tout d'abord, dès la première sortie de l'enfant après la période aiguë de la maladie. Comme deuxième étape apparurent les méchancetés : après avoir été grondée, elle piquait avec une épingle les photographies qu'elle trouvait sous la main. Notons en passant que ces réactions coléreuses, où les objets symbolisent les personnes, sont fréquentes dans l'enfance normale. En troisième lieu entra en scène la manie de boire et de manger chez les voisins, n'importe où et n'importe quoi, comme du sable par exemple et jusqu'aux matières fécales. En quatrième lieu apparurent l'onanisme et les pratiques génitales auxquelles elle se livrait sur la personne de sa petite sœur. Je signale ici ces faits sans essayer la moindre interprétation, le matériel étant trop incertain et trop restreint. Pourtant le fait que l'impulsion au vol ne surgit que la dernière chez un enfant qui a eu l'encéphalite épidémique à l'âge de 11 ans et qui se manifesta la première chez un enfant qui a eu l'encéphalite épidémique déjà à 5 ans est bien significatif. Si d'autres faits de ce genre plus nombreux et soigneusement recueillis pouvaient être confrontés avec ceux-là, je pense que cela pourrait jeter quelque lumière sur l'affectivité morbide et même sur l'affectivité normale.

Le groupe des pervers fournit des faits tout aussi significatifs. Je ne peux pas m'y arrêter longtemps pour ne pas étendre démesurément le cadre de cette communication. Je veux seulement montrer que, si les faits se ressemblent parfois dans les deux groupes, il n'en est pas de même des mobiles. Autrement dit, l'affectivité des enfants pervers est différente de celle

des post-encéphalitiques. Ainsi, les post-encéphalitiques ont toujours des remords après avoir commis des actes répréhensibles, les pervers ressentent une grande jouissance à la suite de leurs délits, jouissance qui les pousse à recommencer. Ce n'est pas un soulagement, comme celui qu'on ressent après s'être débarrassé d'une obsession, mais la jouissance qui accompagne le jeu et les sports. Ils ont du plaisir à faire souffrir les autres, comme un toréador à dompter son taureau. Ce ne sont pas des impulsions, au contraire l'acte est prémédité et le vrai pervers ne commencera pas, s'il est sûr d'avance de ne pas réussir. Aussi sont-ils très intimidables, à l'encontre des post-encéphalitiques. Prenons, par exemple, ce beau garçon de 13 ans, issu d'une famille bourgeoise très aisée et pleine de tares névro et psychopathiques. D'une intelligence brillante et très charmeur par ses manières et par son physique, il exerce sa séduction avec un art consommé, sachant varier ses procédés. Il n'agit jamais que pour un but immédiat et, s'il n'arrive pas à ses fins (promenade supplémentaire, visite d'un de ses magasins favoris, régime de faveur, etc.), il n'hésite pas à employer les moyens les plus odieux pour obtenir le départ de son infirmière (mensonges, calomnies, menaces, grossièretés, etc.) Ses sentiments familiaux sont en raison directe des cadeaux qu'il reçoit, dont il apprécie froidement la valeur et qu'il juge toujours insuffisants.

Un des traits les plus remarquables de ce caractère est un manque absolu d'amour-propre familial. Alors que les autres enfants cachent leurs tares familiales et souffrent de leur divulgation, il n'hésite pas à raconter à n'importe qui, dès la première rencontre, tous les détails de la vie des siens qui peuvent leur porter un préjudice moral. Il les exagère, il en invente même au besoin. La crudité de ces termes et le luxe de descriptions surprennent chez un enfant si jeune, d'autant plus qu'il ne manifeste aucune curiosité malsaine dans ses lectures. C'est donc là un trait spontané de ce caractère dévoyé.

Les filles perverses n'ont pas d'impulsions sexuelles, comme les post-encéphalitiques ; elles ont par contre une connaissance et une science approfondie des choses de l'amour sans l'avoir pratiqué. Aussi voyons-nous souvent des fillettes prétendant avoir été violées sans l'avoir été effectivement. Je puis citer le cas d'une fillette assez arriérée qui, à l'âge de 11 ans, a fait connaissance d'un vieux monsieur, son hôte d'une colonie de vacances. Elle y est retournée une deuxième fois et a prétendu par la suite que le monsieur avait abusé d'elle. Comme l'examen a montré qu'il n'en était rien, elle a raconté, avec tous les détails d'une science consommée, comment les choses s'étaient passées. Et on ne saura pas la vérité, on ne la sait jamais, ces enfants étant des virtuoses de la dissimulation. Aussi savent-ils charmer les étrangers et ils passent souvent pour des victimes et des martyres.

Une autre petite fillette intelligente qui se conduit très bien quand elle est étroitement surveillée avait, à l'âge de 6 ans, un vocabulaire de fille, vocabulaire qu'elle ramassait sur les « fortifs », où elle passait le temps qu'elle devait passer à l'école. Fille d'une alcoolique ayant eu des crises de nerfs ressemblant à des crises comitiales, chargée d'une hérédité tuberculeuse et alcoolique et morte de tuberculose quand la petite avait 18 mois, cette enfant corrompait son petit demi-frère. Elle est jalouse jusqu'à la souffrance de sa petite sœur et elle voue une haine féroce à son père. Elle a fait des chiffons avec le costume neuf des dimanches de son père, détériorait les objets dont il se servait. Renvoyée d'un pensionnat des sœurs comme « brebis galeuse dans le troupeau » et mise chez une concierge, elle a lié connaissance avec un jeune homme de 18 ans qu'elle accusait d'avoir abusé d'elle. L'examen témoignant qu'il n'en était rien, elle avouait des pratiques sexuelles peu communes. Tout cela quand elle n'avait que 6 ans. Et on ne saura jamais la vérité, car elle est très réticente. Elle a d'ailleurs beaucoup d'affection pour sa belle-mère, la seule personne à laquelle elle obéit.



Nous voyons ici quelques traits caractéristiques de l'affectivité des enfants pervers. Des haines et des attractions bien précises, une affectivité et des intérêts différenciés, canalisés et arrêtés. Ces enfants sont donc tout différents des enfants normaux qui sont tout devenir, où tout est en voie de formation.

Si, pour une raison ou pour une autre, il y a arrêt dans le devenir normal, toutes sortes d'anomalies surgissent. Nous avons des perversions si cette évolution est déviée et canalisée dès le début de la vie de l'enfant. Si, par certaines causes organiques, comme l'encéphalite épidémique, cette évolution se trouve arrêtée, les impulsions infantiles prennent le dessus, présentant le tableau de la puérilité affective parallèle à un développement intellectuel plus ou moins normal, et nous avons les séquelles mentales de l'encéphalite épidémique.

Pourrait-on tracer les stades et les étapes de cette évolutions ? Mes données sont insuffisantes pour résoudre cette question pour le moment, d'autant plus que l'affectivité de l'enfant normal est encore très peu connue.

## L'émotion joie. Délire et joie normale

Par M. R. BENON

Médecin du Quartier des Maladies mentales  
de l'Hospice général de Nantes

A. — L'émotion joie est déterminée par l'idée d'un bien futur qu'on croit pouvoir posséder ; elle est caractérisée par une augmentation de l'activité motrice et de l'activité idéative, par un sentiment de bien-être et de légèreté corporelle ; elle cesse par la possession du bien (J. Tastevin). Ch. Darwin, le premier, a fait observer que c'était « l'avant-goût d'un plaisir et non la jouissance elle-même » qui provoquait les mouvements, l'agitation de la joie. Tantôt le bien qui donne la joie est tout entier dans la possession d'un objet : un sujet

par exemple est joyeux à l'idée d'acheter une statue qui lui plaît ; dès que la statue est acquise, la joie se dissipe, parce que le sujet n'a plus l'idée du bien à acquérir dans l'avenir. Tantôt le bien que donne la joie est surtout dans l'usage de l'objet ; la joie décroît dès les premières utilisations de l'objet. Tantôt le bien que donne la joie est un bien moral et se répartit dans l'avenir, sans fin précise : tel est le cas de la joie éprouvée par un jeune homme qui a passé avec succès un dernier concours ou examen, etc.

La joie augmente l'irritabilité du sujet, parce que l'idée de tout ce qui contrarie la réalisation du bien produit de l'énervement ; cette émotion douloureuse cesse en même temps que les obstacles, et la joie reparaît.

Le sujet joyeux incline à posséder le bien désiré ; il se sent poussé à accomplir les actes qui peuvent ou doivent le lui procurer. Tantôt la possession du bien dépend uniquement du sujet ; tantôt elle dépend du temps et des circonstances : le sujet vit dans l'attente joyeuse, dans l'espérance de ce bien. L'espérance désigne donc la situation de l'homme joyeux par rapport au bien espéré.

L'idée du bien qui donne la joie est obsédante, mais le faible caractère affectif de cette émotion, qui est un état général de bien-être et non un plaisir localisé, fait que les concepts qui l'engendrent ont une fixité moindre que celle qui accompagne un état de chagrin ou d'anxiété.

La joie accroît la valeur du bien qui la donne. La disposition au rire, à la plaisanterie, à l'ironie est augmentée ; les autres dispositions émotionnelles, au chagrin, à l'anxiété, sont diminuées. Le sommeil est gêné par la joie, qui le retarde et en raccourcit la durée. En revanche, les fonctions circulatoires, respiratoires, glandulaires sont activées.

Tastevin a démontré : que la joie ne s'opposait pas au chagrin, mais à l'asthénie (ou hyposthénie) ; qu'en fait, elle était un état d'hypersthénie nerveuse générale, motivée par des idées ; qu'enfin, comme toutes les émo-

tions, elle pouvait se produire sans cause et qu'elle représentait alors la manie périodique des aliénistes (ou hypersthénie périodique).

B. — En pathologie mentale, dans les délires, systématisés ou non, chroniques ou subaigus, on observe maintes fois de la joie normale, motivée, c'est-à-dire de la joie déterminée par les sensations et idées qu'enregistre le cerveau du patient. C'est surtout dans les délires systématiques et chroniques que cette joie est facile à analyser.

Elle est très nette dans les délires hallucinatoires, systématisés, chroniques, qui s'accompagnent d'idées de grandeur. Elle éclate surtout quand le sujet est seul, abandonné à lui-même : devant l'observateur, elle est remplacée par du dédain, de l'arrogance, de la colère, de la dissimulation.

Dans le délire systématisé, interprétatif, chronique, elle est encore assez commune : un des malades qui nous a le mieux éclairé sur ces faits de joie normale chez les vésaniques, était un interprétant. Plusieurs fois, nous l'avons trouvé dans la cour de sa section, riant, gesticulant, dansant, à l'idée de sa sortie qui, ces jours-là, lui apparaissait comme certaine.

Chez les revendicants, les quérulants, les processifs, les phénomènes de joie normale sont encore plus nets que chez les autres délirants, cette joie étant moins dissimulée par eux que par ces autres malades. Elle alterne soit avec la colère ou l'indignation, soit avec le chagrin ou l'abattement (par exemple après une déception). La joie de ces malades est quelquefois si marquée que certains auteurs ont pensé qu'il s'agissait chez eux d'excitation maniaque. Il n'en est rien.

Cette courte étude montre l'intérêt, croyons-nous, pour le psychiatre, des études objectives et subjectives de psychologie normale.

La séance est levée à 17 h. 50.

*Le secrétaire des séances :*

M. MIGNARD.

---

# ANALYSES

---

## LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

---

### MÉDECINE GÉNÉRALE

**Syphilis du cœur et de l'aorte**, par L. BRIN et L. GIROUX, anciens chefs de clinique à l'hôpital Saint-Louis. (1 vol. in-8°, 230 pages, avec fig., Paris, 1924, G. Doin, édit.).

Entrepris sous l'inspiration du Professeur Gaucher, ce livre est le premier travail d'ensemble sur ce sujet. Les auteurs ont eu pour but d'exposer de façon concise les notions indispensables et trop souvent encore méconnues sur le rôle de la syphilis dans la pathologie du cœur et de l'aorte.

Les troubles du rythme cardiaque et les modifications de la tension artérielle sont étudiés et présentés clairement.

La deuxième partie de l'ouvrage est consacrée aux diverses lésions de la syphilis acquise ou héréditaire, intéressant le cœur (péricardites, endocardites, myocardites, lésions du faisceau de His) et l'aorte (aortites, anévrysmes de l'aorte). L'étude des diverses modalités cliniques de l'angine de poitrine syphilitique termine ce volume, où l'on trouvera les notions essentielles sur les procédés de recherche et de traitement d'altérations cardio-aortiques, dont beaucoup voisinent avec les diverses manifestations de la syphilis nerveuse.

René CHARPENTIER.

**Leçons de sémiologie cardio-vasculaire. — Les troubles fonctionnels**, par Ch. LAUBRY, médecin de l'hôpital Cochin. (1 vol. in-8°, 496 pages, 23 fig., Paris, 1924, G. Doin, édit.).

Ce volume, dans lequel M. Ch. Laubry a condensé, avec une rare compétence, les résultats de son expérience clinique et les leçons de son enseignement sur les troubles fonctionnels du cœur et des vaisseaux, débute par une Introduction à l'étude de la sémiologie fonctionnelle cardio-vasculaire.

M. Laubry analyse ensuite les caractères généraux des douleurs cardiaques et les algies cardiothoraciques, les douleurs rétro-sternales et l'angine de poitrine, les palpitations, la dyspnée cardiaque (dyspnée simple commune) et les paroxysmes dyspnéiques (asthme cardiaque, œdème aigu du poumon), la respiration de Cheyne-Stokes, les petits signes respiratoires et thoraciques, d'origine cardio-vasculaire (hoquet, troubles de la voix, dysphagie, toux, expectoration, hémoptysie, épistaxis), les troubles fonctionnels cérébraux, la céphalée, les troubles du sommeil, les accidents moteurs et sensoriels, le vertige et ses rapports avec les affections cardio-vasculaires, la syncope, le syndrome abdominal et les hémorragies viscérales, les troubles fonctionnels des membres, les troubles généraux et la fièvre.

Une leçon (XIV) est consacrée en entier aux *troubles psychiques d'origine cardio-vasculaire*, leçon dans laquelle M. Laubry décrit notamment le caractère de l'aortique, du mitral, de l'hypertendu, les troubles mentaux transitoires (délires des endocardites aiguës, spasmes des hypertendus avec troubles de la mémoire, confusion mentale transitoire, etc., délire semi-transitoires des asystoliques), les troubles psychiques durables.

C'est dire l'intérêt pour le neuro-psychiatre de ce livre conçu dans l'esprit traditionnel de la Clinique française. Les symptômes fonctionnels qui y sont étudiés sont parmi ceux qu'accusent le plus souvent nos malades. La place accordée dans ce livre aux considérations psychiatriques et le succès avec lequel a été abordée cette étude méritent d'être remarqués.

René CHARPENTIER.

## NEUROLOGIE

Les nerfs en schémas (anatomie et physiopathologie). Volume in-quarto, avec 41 planches en couleurs et 164 figures en noir ; 706 pages, Doin, Editeur, par MM. les Professeurs A. PITRES et L. TESTUT.

« C'est un livre né de la guerre » ; c'est ainsi que s'expriment MM. Pitres et Testut dans leur Préface. On doit ajouter que c'est un beau et bon livre, fait de clarté et de simplicité. Chargés par l'autorité militaire de faire périodiquement pendant les hostilités, à des groupes d'étudiants et de jeunes docteurs, un cours sur les éléments de neurologie, les auteurs, directeurs du centre neurologique de Bordeaux,

cherchèrent la méthode qu'il convenait de suivre pour que leurs auditeurs, manquant des connaissances préliminaires sur la structure et les fonctions des diverses parties du système nerveux, retirassent le plus grand profit de l'enseignement auquel ils étaient astreints. Ils adoptèrent celles des démonstrations objectives par l'image précédant la présentation des malades ; la théorie n'intervenait que pour éclairer la pratique. Les *nerfs en schémas* comprennent l'exposé des leçons ainsi faites au Centre Neurologique de Bordeaux. L'ouvrage renferme des figures schématiques permettant de se faire une idée exacte de la systématisation des éléments nerveux dans le névraxe et de la distribution sensitive et motrice des nerfs périphériques. Chaque description anatomique est suivie de l'étude des fonctions de l'appareil nerveux, puis de celle des perturbations qu'apportent dans ce fonctionnement les processus morbides. La préoccupation constante des auteurs a été de lier étroitement la pathologie à l'anatomie et à la physiologie.

*Les nerfs en schémas* comprennent sept chapitres consacrés, le 1<sup>er</sup> à quelques considérations sur les nerfs ; le 2<sup>e</sup> aux nerfs craniens ; le 3<sup>e</sup> aux nerfs rachidiens ; le 4<sup>e</sup> au grand sympathique ; le 5<sup>e</sup> aux centres nerveux ; le 6<sup>e</sup> aux voies de conductions cortico-spinales ; le 7<sup>e</sup> aux réflexes et à la réflexivité.

Je ne puis écrire cette analyse sans penser aux fructueuses années passées au centre neurologique de Bordeaux, auprès des professeurs Pitres et Testut. J'ai assisté à leurs efforts continus pour parfaire l'enseignement neurologique intensif destiné aux étudiants en médecine candidats au grade de médecin auxiliaire. Je me souviens de la reconnaissance que leur témoignaient ces jeunes gens, qui quittaient le centre neurologique suffisamment instruits pour devenir des aides utiles dans les ambulances auxquelles ils étaient affectés.

*Les nerfs en schémas*, qui sont la reproduction, la mise au point des leçons faites au Centre Neurologique de Bordeaux, continueront à rendre pendant la paix les mêmes services que pendant la guerre. Etudiants en médecine, médecins praticiens, physiologistes, neuropathologistes tireront grand profit de leur lecture, qu'il s'agisse pour eux de perfectionner leurs connaissances sur la pathologie et la physiologie du système nerveux ou de préciser un rapport de causalité entre le siège d'une lésion et les troubles observés.

## PSYCHIATRIE

Etudes de psychiatrie sociologique, par Henri DAMAYE, médecin-directeur des asiles d'aliénés, 152 pages, Maloine et fils, éditeurs, 1925.

Ce nouvel ouvrage de M. Damaye est de la même venue que les deux précédents de la série : I. Le médecin devant l'assistance et l'enseignement psychiatriques ; II. Eléments de neuro-psychiatrie, édités aussi chez Maloine.

M. Damaye comme il l'expose dans sa préface s'est proposé : « de mettre en relief les nombreuses anomalies et les nombreux anormaux qui parsèment l'existence normale et la font dévier » ; de formuler « des critiques dont sont passibles certaines de nos vieilles institutions par manque ou retard d'évolution » ; de se livrer, écartant « les fleurs et l'encensoir » — objets visiblement impropres à une opération de ce genre — à « la biopsie ou à la nécropsie de certains états sociaux » dont il recherche « les causes pathologiques ».

Avec une ardeur et une conviction, auxquelles on a rendu ici-même récemment hommage (1), l'auteur ne craint pas en effet de prendre parti sur les sujets les plus divers ni d'affirmer sa position en face de questions des plus délicates.

On en jugera par une simple énumération des titres des principaux chapitres, montrant les points qu'il aborde ou sur lesquels il revient :

*Hygiène et prophylaxie mentales... La liberté humaine... Valeur intellectuelle et débilités mentales. La valeur morale. L'alcoolisme. Demi-folie et folie devant le mariage... Insuffisance sociale du catholicisme. L'hôpital. Défauts actuels de l'assistance psychiatrique. La psychiatrie et l'histoire. Notre enseignement secondaire n'apprend pas à l'enfant à devenir un homme. Surmenage et morale scolaires. Lacunes de l'instruction des maîtres dans l'enseignement. Avantages et défauts de l'éducation anglaise. Coéducation des sexes... Le clergé catholique... Les aberrations mentales dans l'armée. Nécessité de l'assistance psychiatrique dans l'armée. Insuffisance des études littéraires et lacunes des études de droit... Diminution de la natalité en France.*

Quel que soit le tableau, sans doute peu flatté, qu'il ait tracé ou qu'il trace de la formation du médecin d'asile —

---

(1) Voir *Annales Médico-psychologiques* de janvier, 1925, n° 1, pages 72 et 73.

voir aussi son tableau de la formation du médecin militaire — ; de l'initiation biologique de celui que, sacrifiant à la mode, on pourrait appeler le psychiatre moyen ; et même de l'état d'avancement de la médecine et de la thérapeutique mentales ; M. Damaye n'en concluerait pas moins en résumé, que la psychiatrie — et par voie de conséquence le psychiatre — doit faire sentir son influence « bienfaisante » en étendant son action dans tous les domaines de la vie sociale et intellectuelle.

Dans son chapitre consacré aux défauts actuels de l'assistance psychiatrique M. Damaye, d'accord en cela avec l'opinion médicale unanime, depuis longtemps et souvent publiquement exprimée, s'élève contre la « négligence des avis médicaux en certains établissements de province » et tout particulièrement à l'occasion des constructions dans les asiles d'aliénés. Mais pourquoi diable a-t-il choisi pour illustrer sa protestation l'exemple de l'asile de Bailleul, alors qu'il lui eût été si facile, sans remonter bien loin, de citer nombre d'autres exemples vraiment significatifs, dans lesquels l'ignorance — par inobservation des règlements — ou la méconnaissance — par esprit de système — des avis des médecins, auraient, en raison de leurs conséquences pratiques, mérité une certaine publicité, qui semblera au contraire injustement venir, à propos de l'établissement par lui incriminé.

M. Damaye qui a souvent souligné, suivant une idée qui lui est chère, les erreurs provenant du fait de jugements établis sur « des impressions et des apparences » et non basés sur des réalités, ne sera certainement pas fâché si — sans faire présentement l'historique de la reconstruction de l'asile de Bailleul détruit par les événements de guerre et sans narrer les difficultés à vaincre en pareille matière — je crois pouvoir et devoir, pour rétablir en l'espèce l'exactitude des faits, me permettre de faire connaître des particularités que n'ignorent pas tous ceux qui ont eu à s'occuper de l'étude du dit projet de reconstruction.

Il est acquis que la commission administrative et d'études a bénéficié sur place de la haute compétence et des précieux conseils de deux médecins des asiles : l'un, ancien doyen d'une Faculté de médecine ; l'autre, professeur de clinique psychiatrique, médecin-directeur d'un important établissement d'aliénés. Au surplus l'architecte, sans préjudice d'autres collaborations et de méthodiques visites d'installations diverses, a estimé spontanément de son devoir et de



son intérêt d'entreprendre un assez long voyage pour recueillir les avis autorisés d'un ancien médecin de l'asile de Bailleul à qui les plans ont été soumis, de même qu'au médecin-directeur d'un grand établissement psychothérapique dont l'expérience, acquise au cours de l'édification récente d'un grand asile départemental bien connu, pouvait le plus utilement être mise à profit.

J'ajouterais d'ailleurs volontiers, en outre, s'il en était besoin, que ces médecins auxquels on ne saurait dénier évidemment la qualité de « médecins-spécialistes » ont porté à l'œuvre le plus effectif intérêt, qu'ils n'ont ménagé pour formuler leurs directives ou leurs avis éclairés, ni leur temps ni leur peine et qu'ainsi la reconstruction dont il s'agit, par suite de l'étroite collaboration entre médecins et architecte, semblera difficilement avoir pu tomber sous le coup de critiques formulées par M. Damaye, en matière de méconnaissance des avis médicaux par l'administration munie des pouvoirs de décision.

J. RAYNIER.

---

## SOCIÉTÉS SAVANTES

---

### Société clinique de médecine mentale

Compte rendu de la séance du 29 Juin 1925

Président : M. le D<sup>r</sup> LAIGNEL-LAVASTINE

Syphilis cérébrale, tabes et syndrome paralytique. — MM. Durand-Saladin et Desport présentent une malade du Service de M. Henri Colin, dont les troubles initiaux firent hésiter le diagnostic entre la syphilis cérébrale, le tabès avec syndrome paralytique ou la paralysie générale.

L'affaiblissement intellectuel n'est pas très marqué ; les troubles de la mémoire assez peu prononcés. Les pupilles, sont inégales et inertes. A ces signes il faut en ajouter d'autres nervo-tabétiques. Les signes biologiques sont positifs.

Le frère du malade a présenté, en 1924, une hémiplegie alterne, d'origine spécifique, qui est actuellement guérie.

Le beau-frère, interné en 1923, avec le diagnostic de paralysie générale, sorti après traitement, est assez amé-

lioré à l'heure actuelle pour reprendre son métier de couvreur.

Malgré ce qu'on aurait pu penser, il n'existe aucun rapport entre ces cas de syphilis familiale.

**Démence paranoïde et syphilis cérébrale.** — MM. X. Abély et E. Bauer présentent un malade interné en 1918, avec le diagnostic de Paralyse générale, et qui présente actuellement un syndrome de Démence paranoïde avec troubles de la personnalité, idées délirantes de persécution et de grandeur, phénomènes hallucinatoires. La mémoire est intacte.

Les examens neurologique et humoral ont démontré l'existence d'une syphilis nerveuse.

L'infection syphilitique a eu lieu 12 ans avant l'éclosion des troubles mentaux.

Ce cas d'un syndrome de démence précoce doit être attribué à la syphilis et doit être groupé à côté de ceux récemment communiqués par MM. Marchand et X. Abély.

**Exhibitionnisme chez un parkinsonien.** — MM. R. Dupouy et X. Abély présentent un malade âgé de 47 ans, qui présente un syndrome parkinsonien post-encéphalitique, et dont les tendances exhibitionnistes se sont manifestées aussitôt après l'apparition de ce syndrome. On constate chez ce malade une hérédité similaire. Les auteurs pensent que l'encéphalite a eu le rôle primordial dans la manifestation tardive de cette perversion.

**Etat d'excitation maniaque continu, corrélatif du traitement par le gardénal chez une épileptique.** — M. Trénel et Mlle Lacroix présentent une épileptique de 54 ans déjà présentée antérieurement dans une crise semblable. Pour la 4<sup>e</sup> fois, la dose journalière de 0,10 cg. de gardénal a fait naître en 4 jours un état maniaque typique avec turbulence, euphorie, logorrhée, fuite des idées, etc. Cet état est *continu*.

Pendant la période de bromuration, la malade reste calme, apathique, avec crises convulsives rares, habituellement accompagnées d'un délire furibond post-paroxystique *transitoire*.

Il est essentiel de signaler aux praticiens la possibilité de troubles mentaux parfois bruyants dus au gardénal. Ces cas sont d'ailleurs rares et ne diminuent en rien la valeur de ce merveilleux médicament.

---

# VARIÉTÉS

---

## UN GESTE CHARMANT

Les semaines dernières ont vu, à Paris, une affluence extrême de neurologistes et aliénistes français et étrangers, accourus pour assister au centenaire de Charcot et au Congrès annuel.

Le Congrès, qui tint ses assises à la faculté de Médecine sous la présidence du Dr Anglade, de Bordeaux, voulut, par une pensée délicate, avant de visiter l'asile clinique Sainte-Anne, se réunir au Service de l'Admission, dans l'amphithéâtre du pavillon Magnan, où l'illustre maître de la Psychiatrie française fit ses leçons pendant de si nombreuses années.

On se souvient, — et la *Presse Médicale* en rendit compte à l'époque, — qu'en 1922, un monument lui fut élevé, adossé au mur même du pavillon qui porte aujourd'hui son nom, et où il habita quarante-cinq ans.

L'éminent clinicien est représenté par le talent du professeur Richer, en blouse et en tablier, parcourant les salles de son service, s'arrêtant en une attitude familière et affectueuse près du lit d'une malade qu'il examine et reconforte.

Les congressistes défilèrent devant le monument, des fleurs y avaient été déposées qui l'embellissaient et semblaient l'associer à cette manifestation scientifique.

Aussi, avec quelle émotion n'apprirent-ils pas que ces fleurs avaient été placées là par l'attention délicate des infirmières de son service, qui l'y avaient connu et aimé !

*Presse Médicale*, 13 juin 1925.

## NÉCROLOGIE

Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. le Dr Paul Couillaud, ancien Interne des asiles de la Seine, décédé subitement à Maillot (Algérie).

## MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE

Le poste de Directeur-Médecin de l'Asile public d'aliénés de Navarre (Eureux-Eure) est actuellement vacant,

## SOCIÉTÉ ITALIENNE DE PSYCHOANALYSE

Nous apprenons la constitution de la « Società psicoanalitica italiana » fondée à Teramo (Italie) le 7 juin 1925.

Le Comité de Direction est composé de MM. :

Le Prof. Dario Maestrini, directeur de l'Hôpital de Teramo.

Le Prof. Marc Lévi-Bianchini, directeur de l'Asile des Aliénés de Teramo.

Le Dr Edouard Weiss, médecin de l'Asile des Aliénés de Trieste.

L'Archivio Generale di Neurologia Psichiatria e Psicoanalisi a été choisi comme organe officiel de la Société.

Adresser les communications à M. le Prof. M. Levy-Bianchini, Teramo (Abruzzi), Italia.

## HUITIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DE PSYCHOLOGIE

Conformément au souhait exprimé au Congrès d'Oxford en 1923, la réunion prochaine du Congrès International de Psychologie aura lieu aux Pays-Bas.

1. Le Congrès aura lieu à Groningue du 6 au 11 septembre 1926.

2. Le nombre des Congressistes sera limité à environ 200 psychologues connus et à quelques autres qui à l'avis du Comité seront invités. Les psychologues qui sans avoir reçu aucune invitation, désirent assister au Congrès, sont priés de s'adresser au premier Secrétaire.

3. La contribution pour les Congressistes se montera à 15 florins (= 25 sh., 30 fr. suisses, 25 R.M.).

4. Les congressistes pourront, s'ils le désirent, être logés chez les habitants de Groningue.

5. Les langues officielles du Congrès seront le français, l'allemand et l'anglais.

G. HEYMANS, *Président* ; E.-D. WIERSMA, *Vice-Président* ; F. ROELS, *Premier Secrétaire* ; H. J. F. W. BRUGMANS, *Second Secrétaire* ; L. BOUMAN ; G. VAN WAYENBURG ; H. ZWAARDEMAKER.

---

*Le Rédacteur en chef-Gérant* : H. COLIN.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES  
JOURNAL  
DE  
L'ALIÉNATION MENTALE  
ET DE  
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

---

Chronique

---



*Des qualités du Médecin aliéniste*

---

Un de mes collègues me disait, un jour : « La profession d'aliéniste exige de telles facultés que, pour exercer sa profession, le psychiatre devrait être un surhomme. »

En effet, administrations, juges, familles et malades demandent au praticien chargé de se prononcer sur l'intégrité mentale de l'individu soumis à son expertise, des qualités multiples.

Ces qualités sont :

1° *La science*, c'est-à-dire la connaissance exacte et raisonnée de sa profession et les connaissances pratiques apprises par l'usage et plus indispensables à l'aliéniste que celles qui sont de pure théorie : la mémoire et l'imagination.

2° *Le jugement*, c'est-à-dire cette faculté intellectuelle qui compare et prononce sur la convenance ou la disconvenance des idées. Le jugement suppose une comparaison préalable des idées qu'il unit, car, ainsi que l'a dit Victor Cousin : « Il n'y a pas une « opération de l'esprit qui ne soit un jugement ou « qui ne soit accompagnée d'un jugement. » Or, juger après comparaison, c'est affirmer un rapport entre nos états de conscience et la réalité.

3° *La conscience* qui n'est pas seulement le sens moral qui nous fait distinguer le bien du mal, mais qui doit être comprise surtout dans le sens : notion du devoir et sentiment intime de la moralité des actes et de la responsabilité que ces actes entraînent.

4° *La fermeté du caractère*, c'est-à-dire la constance et l'énergie morale qui commande la hardiesse et la vigueur dans l'expression et dans l'exécution, par opposition à la mollesse, à la faiblesse et à la pusillanimité, source de toutes les défaillances et de toutes les capitulations.

5° *L'autorité*, c'est-à-dire ce droit ou pouvoir de diriger, de se faire obéir qui dépend de la puissance de l'influence morale à laquelle on soumet son esprit, ses opinions, sa conduite et qui entraîne la considération.

L'autorité qu'on a sur les autres vient de la supériorité du mérite et s'obtient par l'expérience.

6° Enfin la *maîtrise de soi* et le *sang-froid* qui sont l'empire qu'on acquiert sur soi-même et qui obligent à la patience, une qualité indispensable à l'aliéniste, car, elle lui permet d'attendre imperturbablement que le délire du malade se manifeste.

Toutes ces facultés ne sont pas moins nécessaires au médecin de clientèle, mais alors que celui-ci peut

compter sur les renseignements donnés par le malade et sa famille, et exercer en toute confiance, en se basant sur les commémoratifs, le sens clinique acquis par l'étude, l'aliéniste est le plus souvent livré à lui-même. Son malade le trompe et répond mal à ses questions, soit parce qu'il dissimule, soit parce qu'il est troublé et, parfois, les familles mentent effrontément. Auquel d'entre nous n'est-il pas arrivé de constater que les parents n'avouent pas des internements antérieurs et pour obtenir plus tôt la sortie de leur malade, déclarent qu'il n'a jamais été « dangereux », après avoir affirmé au contraire, lorsqu'ils ont réclamé la séquestration, le danger imminent ?

Dès lors, comment suppléer à cette insuffisance de renseignements et lutter contre la mauvaise foi ou la sottise des parents d'aliénés ? Le sens clinique ne suffit pas ; il faut encore que le psychiatre possède les facultés que nous avons exposées et surtout du jugement, de la conscience, une haute idée de ses fonctions et de sa responsabilité.

Cette responsabilité, elle est engagée par deux devoirs vis-à-vis de lui-même, médecin, et de la société :

1° Guérir son malade et sauvegarder la liberté de l'aliéné guéri. Tout ce qui, en dehors des méthodes thérapeutiques usuelles ou nouvelles, peut être mis en œuvre, pour hâter la guérison, doit être entrepris par l'aliéniste et cela malgré les familles et, parfois, malgré l'Administration qui exerce la tutelle sur les aliénés. Si l'intérêt du malade veut qu'il soit isolé, ou au contraire, qu'il travaille, ou qu'il soit transféré dans un asile proche de son lieu d'origine, c'est souvent l'entrée en lutte avec ses parents ou avec

les pouvoirs publics. Or, tandis que, pour des considérations qui doivent nous rester étrangères, l'Administration cède pour les transferts et changements de service à des recommandations politiques ou autres, le médecin doit rester insensible à tout ce qui n'est pas l'intérêt de son malade.

2° Protéger la société contre l'aliéné et cela encore malgré le malade lui-même et son entourage, souvent rebelle, qui sollicite presque toujours trop hâtivement la sortie de l'asile.

C'est là une tâche ingrate que cette lutte incessante contre l'opinion publique, disposée à soupçonner l'aliéniste de voir « la folie partout », contre des malades, inconscients de leur trouble mental et qui réclament leur liberté et des familles qu'il faut protéger, en dépit de leurs récriminations. Pour accomplir cette mission délicate, il faut au médecin une préparation longue et qu'il ne peut acquérir seulement par l'étude et les concours. L'expérience seule et le passage dans les différents services d'asiles, en même temps que la réunion de nombreuses observations lui donneront les facultés indispensables à son rôle dans la société.

Aussi convient-il que l'aliéniste ne se spécialise pas trop tôt. Il est préférable qu'il ne choisisse la carrière qu'après des études de médecine générale lui permettant déjà d'être un praticien et un clinicien expérimenté, lorsqu'il sera reçu médecin d'asile. Un certificat d'internement, en effet, qui prive un homme de sa liberté, est un redoutable jugement prononcé par un aliéniste non pas aidé par un jury et par d'autres juges, mais isolé en face de ses connaissances, de son expérience et de sa conscience. Lorsque l'Administration exige que le certificat soit



clair et rédigé en termes précis pour conclure à l'internement et plus tard à la sortie du malade, elle est dans son rôle. Séquestrer un individu est un acte grave et il importe que la détermination soit mûrement pesée et réfléchie. Tous les aliénistes le savent et c'est parce qu'ils ont une haute idée de leurs fonctions et connaissent leur métier qu'ils ont acquis l'autorité sur laquelle s'appuient les magistrats et les préfets pour prendre leurs décisions et leurs responsabilités.

Dr A. RODIET,

Médecin de l'Asile de Ville-Evrard.

---

# SUR LA SITUATION NOSOLOGIQUE DE LA DÉMENCE PARANOÏDE

par MM.

G. RAVIART

et

P. NAYRAC,

Professeur de Clinique  
psychiatrique

Chef de Clinique  
psychiatrique

(De la Faculté de Médecine de Lille)

Dans la thèse de l'un de nous (1) nous avons cherché à dégager les éléments symptomatiques de la démence paranoïde. De l'examen des travaux de Kraepelin et de Bleuler sur la démence précoce paranoïde, les paraphrénies, la schizophrénie, se dégage une définition d'ensemble : on applique le terme de démence paranoïde à *un ensemble d'idées délirantes, mal systématisées, avec schizophrénie* (2). Malgré les lignes de démarcation assez arbitraires tracées par Kraepelin, cette triade symptomatique s'applique sans discontinuité à tous les cas intermédiaires qui semblent constituer les formes de passage de la démence précoce au pur délire d'interprétation, à la paranoïa, en passant par le délire hallucinatoire chronique.

\*\*\*

C'est précisément cette formule vague : « il existe tous les intermédiaires entre la démence précoce et la

---

(1) Cet article est extrait du travail inaugural de Nayrac. La démence paranoïde. Thèse de Lille, 1923. Vigot, éditeur.

Nous sommes heureux de constater que les conclusions en ont été adoptées à peu de chose près, par Halberstadt. La démence paranoïde. *Annales Médico-psychologique*, novembre 1924, qui a repris et critiqué dans le même sens que nous les théories de Kraepelin et de Bleuler.

(2) Bien entendu nous considérons la schizophrénie, dissociation intra-psychique amenant la désinsertion du réel, non comme une maladie, mais bien comme un syndrome susceptible d'être réalisé dans toutes sortes de psychopathies (Voir à ce sujet la critique de la théorie de Bleuler in thèse Nayrac).

paranoïa » que nous ne pouvons admettre que sous réserves. Grâce à son imprécision, elle flatte sans doute l'entendement par une apparente absence de dogmatisme ; mais nous devons nous méfier d'elle, car elle tend sournoisement à nous faire accepter qu'il n'est pas de différence de nature entre le processus morbide de la démence précoce et celui des délires systématisés ; et nous ne voulons pas adhérer à cette façon de voir, car nous considérons la démence précoce comme une maladie acquise et lésionnelle, et les délires chroniques comme des affections nées d'une constitution dégénérative, et ne résultant pas de lésions actuellement accessibles à notre technique.

Si, *cliniquement*, la transition entre les deux ordres de manifestations morbides est insensible, nous devons nous rappeler que la clinique n'est que la traduction extérieure des phénomènes qui constituent la maladie. En général, mais surtout en ce qui concerne la psychiatrie, la clinique pure ne peut nous autoriser à rapprocher deux tableaux morbides au point de vue *biologique*.

Aussi, nous pensons qu'il faut donner un coup de ciseaux dans le fil qui relie la paranoïa à la démence précoce. En quel endroit ? Entre la paranoïa et le délire hallucinatoire ? Entre le délire hallucinatoire et la démence paranoïde ? Entre la démence paranoïde et la démence précoce ?

A notre avis, c'est dans la démence paranoïde qu'il faut trancher, pour en séparer ce qui a trait à la constitution morbide et ce qui a trait aux lésions acquises, sans pourtant négliger l'existence possible de formes mixtes. C'est dans ce sens que nous allons aborder la dissociation de la démence paranoïde — ou plutôt des démences paranoïdes — en procédant à l'étude pathogénique de chacun des éléments du tableau morbide.



Le *délire hallucinatoire chronique* n'est pas, pensons-nous avec Séglas et Chaslin, fondamentalement différent de la paranoïa.

Cliniquement déjà, si nous ne nous laissons pas entraîner par des sophismes, il faut bien reconnaître que la terminaison du délire hallucinatoire dans la démence ou la paradmence, que l'on veut opposer à la conservation durable des facultés des interpréteurs, est en somme l'exception dans la psychose hallucinatoire, et que, lorsqu'elle se produit, elle est très tardive.

Mais, biologiquement, quelles preuves a-t-on donné contre la nature dégénérative de la maladie de Lasèque-Magnan ? Pratiquement aucune. L'absence de charges héréditaires, de prédispositions constitutionnelles ? Nous tenons pour démontré que, très souvent, dans la majorité des cas, on note au contraire des tares familiales plus ou moins apparentes, au moins aussi fréquemment, sinon plus fréquemment que dans le délire à base d'interprétation.

D'ailleurs ne voyons-nous pas les interprétations délirantes précéder toujours, et quelquefois de longtemps, l'apparition des phénomènes sensoriels ? Comment expliquer aussi la collaboration assez fréquente des éléments hallucinatoires et des éléments paranoïaques à l'édification d'un délire, collaboration si intime, où nul élément n'est prépondérant, que l'on ne sait alors si l'on doit parler de délire d'interprétation ou de délire hallucinatoire ? Ne notons-nous pas aussi très souvent la coexistence avec le délire hallucinatoire chronique de maints stigmates dégénératifs, non seulement physiques, mais aussi psychiques : cyclothymie et états obsessivo-impulsifs en particulier ? En ce qui concerne les états obsessifs, nous avons pu, à plusieurs reprises, saisir sur le vif, par les propos mêmes des malades, le passage de l'obsession à l'hallucination auditive, et même au délire hallucinatoire chronique.

Enfin, il est reconnu par la plupart des auteurs que, dès l'éveil de la vie psychique, des particularités de caractère sont susceptibles d'attirer l'attention sur la constitution morbide du futur halluciné. Si ces particularités ne sont pas plus souvent notées, c'est tout simplement parce que l'immense majorité des observations concerne des malades d'asile, nés dans un

milieu fruste, peu entraîné à une analyse psychologique, même superficielle. Il est au contraire frappant de constater, dans la clientèle aisée, la fréquence des remarques sur le caractère morbide des sujets antérieurement aux manifestations tout à fait apparentes de la maladie. C'est donc à la toute première enfance qu'il faudrait faire remonter, pour être logique, l'auto-intoxication causale.

Car c'est une auto-intoxication qui réalise, pour ceux qui rejettent la théorie constitutionnelle, l'étiologie vraie de la psychose hallucinatoire chronique. Si nous négligeons les quelques cas de Delmas (1), psychose hallucinatoire survenant chez des sujets soumis antérieurement à diverses intoxications, quels faits précis sont invoqués pour démontrer l'hypothèse auto-toxique ? Des comparaisons avec les psychoses alcooliques. « Ceci est d'un autre ordre », disait Pascal. Puis l'étude des troubles du début, qui rappellent, paraît-il, à s'y méprendre, le stade d'invasion des toxi-infections : céphalée, asthénie, symptômes subjectifs dans le domaine des divers appareils, etc... Outre que ces signes manquent souvent, la psychose s'installant alors à bas bruit, le fait que Magnan signale la fréquence des préoccupations hypochondriaques à la période d'inquiétude, période de début du mal, ne doit-il pas nous inciter à beaucoup de prudence sur ce point ?

Et d'ailleurs, cette auto-intoxication, quelle est-elle ? De quelle nature ? Digestive ? Ou sexuelle ? Ou autre ? Quels tests biologiques, quels résultats opothérapiques l'ont mise en évidence ? La conception de la dégénérescence mentale, pour n'être pas nouvelle, reste tout de même étayée de maintes longues et patientes recherches sur l'hérédité psychopathique, et nous ne pensons pas qu'elle mérite les sarcasmes moliéresques dont on la crible aujourd'hui.



Le système délirant des hallucinés est d'une rigueur logique bien inférieure à celle que présente le système

---

(1) La personnalité humaine. Paris, Flammarion, 1922.

des interprétateurs : c'est une règle générale en clinique mentale. Loin de faire de cette remarque un argument pour séparer le délire hallucinatoire chronique du délire d'interprétation, nous estimons, dût-on nous accuser de proférer une lapalissade, qu'il en est ainsi uniquement parce que certains malades sont hallucinés, et les autres interprétateurs, sans qu'il faille aller chercher plus loin.

Le paranoïaque peut créer son délire de toutes pièces, par le simple jeu de ses facultés logiques appliquées à faux. Quoi d'étonnant à ce que ce système se présente avec l'apparence d'un édifice rationnel, au moins en façade ? L'halluciné, au contraire, travaille sur une base sensorielle : il explique ses voix ou ses sensations cœnesthésiques. A chaque instant, son délire représente un corps de doctrine destiné à expliquer un stock important de phénomènes contradictoires qui s'imposent au malade avec la rigueur de faits expérimentaux. Nous pourrions comparer l'halluciné au savant aux prises avec la diversité phénoménale, tandis que l'interpréteur serait le métaphysicien, construisant au gré de ses raisonnements un monde idéal, et ne puisant jamais dans les faits de raisons de changer son système.

Ces réserves faites, il n'en reste pas moins vrai que le délire hallucinatoire chronique présente une cohérence en général très suffisante.

Mais cette cohérence peut être amoindrie par certains processus psychopathologiques qui amènent la psychose systématisée chronique à présenter la *mauvaise systématisation*, que nous avons notée comme second appui du trépied symptomatique de la démence paranoïde.

Le malade construisant son délire avec les éléments de son fonds mental, selon son degré de débilité, pourra bâtir un délire peu ou même pas systématisé. Ces délires mal systématisés des débiles sont compris dans le grand groupe morbide de ce que Magnan appelait les « délires des dégénérés ».

Il existe des délires hallucinatoires même chez les

imbéciles et les idiots. Mais le niveau mental peut être insuffisant autrement que du fait d'un incomplet développement de facultés intellectuelles ; il peut être diminué par cet affaiblissement intellectuel global et définitif qui survient après l'évolution, prolongée des dizaines d'années, d'un délire chronique, maladie n'entraînant pas normalement la démence. On a affaire alors à la démence vésanique à la quatrième période du délire de Magnan. Il faut reconnaître que cette évolution est rare, exceptionnelle même, mais on ne peut nier son existence.

La psychose maniaque dépressive, aussi, peut venir troubler la systématisation des idées délirantes. La dépression mélancolique inhibe dans une certaine mesure les facultés de raisonnement du malade, et l'empêche de sentir et de corriger le manque de logique de telle ou telle conception. L'excitation maniaque surtout, lançant l'esprit du sujet simultanément dans plusieurs directions ne lui permet pas d'exploiter de façon continue une même chaîne délirante. C'est ainsi, pensons-nous malgré l'avis de Kraepelin, que se trouvent réalisées les paraphrénies expansive et fantastique, qui, d'ailleurs, en clinique, sont le plus souvent combinées. De sorte qu'il ne semble pas possible de maintenir la majeure partie des cas de paraphrénies expansivo-fantastiques dans le cadre de la démence paranoïde.

Ces délires, compliqués de débilité mentale, de psychose maniaque-dépressive, souvent de ces deux éléments dégénératifs et d'autres encore, font partie du groupe des « complexes dégénératifs » étudiés par Vullien (1) dans son travail inaugural. Par l'absence de systématisation et par les tableaux discordants qu'ils entraînent, ils ont un air de ressemblance avec la démence paranoïde qui peut être source de nombreuses erreurs. Delmas (2) y insistait encore récemment. Mais il ne s'agit là, à notre avis, que de fausses démen-

---

(1) Les complexes dégénératifs. *Thèse de Lille*, 1921.

(2) Un cas de poly-déséquilibre psychique. *Société de Psychiatrie*, 18 octobre 1923.

ces paranoïdes (1), car les complexes dégénératifs réalisent des tableaux variables, à marche plutôt aiguë, ne rappelant en rien la progression continue de la démence paranoïde. Enfin, il leur manque souvent la schizophrénie, troisième élément symptomatique qui peut à lui seul amener la mauvaise systématisation du délire.



Il faut nous entendre sur le terme de *schizophrénie*.

En effet, toute idée délirante suppose un certain degré de schizophrénie par essence. Une « idée fausse choquant l'évidence des faits », selon la définition, prouve évidemment que le sujet n'a pas pris avec le réel un contact aussi intime qu'un individu normal. Ce petit degré de désinsertion du réel est commun à tous les délirants, et existe même chez les interprétateurs : ce ne serait qu'argutie que de rapprocher cette très légère perturbation du noyau de la personnalité de la désintégration marquée qu'on voit dans la démence paranoïde.

Mais il n'en est pas moins vrai que, chez certains, le premier trouble, si minime soit-il, peut progressivement s'aggraver au point de réaliser le second. C'est chez les hallucinés que cette transformation se produit, a-t-on coutume de dire. Nous retournerons la proposition, et nous dirons : c'est quand cette transformation se produit que le malade est halluciné.

En effet, nous considérons l'hallucination comme le premier effet d'une dissociation intrapsychique dans un esprit déjà délirant. Elle se produit chez des déséquilibrés affectifs constitutionnels, chez qui, en vertu d'une prédisposition dégénérative, les différentes sphères psychiques ont une tendance naturelle à reprendre une autonomie relative. En l'espèce, la sphère auditive — ou la sphère cœnesthésique — excitée dans un

---

(1) Il reste bien entendu que ces complexes dégénératifs, comprenant des éléments délirants, peuvent suivant le mécanisme exposé plus loin, présenter un degré souvent très prononcé de schizophrénie, puis verser dans la chronicité. Ce sont alors de vraies démences paranoïdes.



certain sens par le complexe affectif résultant du déséquilibre constitutionnel, envoie vers la conscience claire des groupes de représentations qui, du fait de la dissociation, ne sont pas, comme normalement, subconsciemment détruits par confrontation avec les phénomènes réels et les données du jugement, suivant le mécanisme que l'introspection nous révèle si bien dans l'hallucination consciente. Arrivées, sans contrôle à la conscience claire, ces représentations y sont donc perçues en tant qu'objets réels : l'hallucination est réalisée.

Les hallucinations épisodiques que l'on retrouve chez presque tous les interpréteurs reconnaissent le même mécanisme : elles se produisent soit à l'occasion d'une fatigue, d'une excitation cérébrale diminuant le pouvoir synthétique du Moi, soit quand l'intensité délirante est très forte, et la sphère auditive fortement sollicitée par le complexe affectif. Mais ici, la personnalité est assez forte pour se ressaisir rapidement, et les hallucinations disparaissent.

Pourquoi ces différences individuelles entre les déliants ? Question de constitution. Le déséquilibre affectif, qui est à l'origine de tous les délires chroniques, donne le délire d'interprétation chez les paranoïaques, le délire d'imagination chez les mythomanes, enfin le délire hallucinatoire chronique chez les schizoïdes. On s'explique ainsi que le délire hallucinatoire chronique soit une psychose progressive ; l'esprit du malade tourne dans un cercle vicieux infrangible : l'intensité délirante, créant de nouvelles hallucinations, qui elles-mêmes alimentent le complexe délirant, qui va sans cesse dissociant davantage la personnalité. Bien entendu, cette dissociation ne va pas sans entraîner le délire dans la voie de l'illogisme. Il en résulte à peu près fatalement une mauvaise systématisation.

Quelquefois, en particulier quand il est de type psycho-moteur, le délire devient tout à fait prépondérant dans le psychisme du sujet, réclame impérieusement toute son attention et le désinsère complètement des phénomènes réels. Il s'agit là d'un processus mi-inconscient, mi-conscient. Certains hallucinés s'éloi-

gnent volontairement de leurs camarades pour mieux suivre leurs voix. Il en est de même, mais bien plus rarement, chez certains autres délirants non hallucinés. Nous avons connu une interprétatrice mélancolique qui restait sans dire un mot des journées entières, uniquement occupée à alimenter son délire. Un imaginaire aussi, fondateur de systèmes philosophiques, se tenait tout le jour assis sur ses talons, le long du mur, la tête dans ses membres supérieurs repliés, comme un fakir, les yeux clos. Il était alors profondément schizophrène, ne se dérangeait même pas au passage de la visite : mais le tirait-on de sa rumination, il expliquait fort bien qu'il fuyait la compagnie des autres malades « parce qu'ils l'empêchaient de concentrer sa pensée ». Chez d'autres, par contre, la schizophrénie s'installe contre la volonté du malade. On parle par sa bouche, on pense avec son cerveau, et sa personnalité assiste impuissante à sa propre dislocation. On peut ainsi voir s'installer un état de désinsertion tel que le sujet présente absolument l'aspect d'un dément précoce, et que le diagnostic peut être dans certains cas, d'ailleurs exceptionnels, impossible à trancher. Mais la ressemblance des états terminaux ne prouve rien quant à la nature même des entités morbides en cause. La démence précoce et le délire chronique mènent l'un et l'autre à la démence paranoïde, tels des fleuves nés de cimes éloignées se jettent dans le même océan.



Il est en effet essentiel de marquer que la schizophrénie n'est pas un processus psychopathologique univoque. Elle peut être le fait, comme nous l'avons vu, de l'évolution psychologique d'un complexe délirant. C'est ce que nous appellerons la schizophrénie psychogène. Mais elle peut aussi résulter des lésions de la démence précoce.

Il ne nous semble guère discutable que la démence précoce soit une maladie acquise, car les facteurs héréditaires et constitutionnels ne jouent qu'un rôle absolu-

ment minime dans l'histoire de la grande majorité des démences précoces. Des troubles endocriniens incontestables font partie du tableau morbide, et des résultats opothérapiques limités, mais d'une netteté expérimentale, ont pu être observés. Les lésions décrites dans la démence précoce, en particulier la prolifération névroglique sont peut-être, si l'on accepte l'élégante hypothèse d'Anglade, sur la valeur biologique des cellules névrogliques, en rapport avec les troubles endocriniens. Bref, maladie acquise et maladie à lésions, maladie autant somatique que psychique, la démence précoce s'oppose absolument au délire hallucinatoire, maladie constitutionnelle, maladie sans lésions visibles actuellement, maladie surtout psychique.

D'ailleurs, la schizophrénie que la démence précoce entraîne toujours, schizophrénie lésionnelle pourrions-nous dire, se distingue nettement de celle qui peut accompagner les délires chroniques. Alors que cette dernière est toute en nuances, en gradations, alors que c'est progressivement qu'elle atteint ses degrés les plus marqués, la dissociation démentielle précoce est au contraire d'emblée à peu près complète, et le désintérêt est souvent le premier signe de la maladie. Il ne peut guère être question ici de degré ; le malade atteint d'emblée le bas de l'échelle de la dislocation intra-psychique. Dans les délires, on trouve, avec facilité généralement, le complexe dissociateur, tandis que, malgré tous nos efforts, nous n'avons jamais pu constater l'existence d'un complexe dans la démence précoce.

Ainsi, biologiquement et cliniquement, se distinguent la démence précoce et les délires chroniques. Mais, en fait, elles ont tout de même de rares points de contact. C'est ainsi que le processus démentiel précoce peut survenir chez un individu déjà délirant. Les conceptions délirantes deviendront rapidement absurdes, mal coordonnées, la schizophrénie apparaîtra, et la triade de la démence paranoïde se trouvera ainsi réalisée, quelques idées délirantes surnageant de ci, de là sur le fond démentiel précoce.

Ou encore, il pourra s'agir d'une démence précoce

survenant chez un paranoïaque constitutionnel : selon les grandes règles de pathologie générale, le processus morbide excitera avant d'inhiber, et le cortex réagira à cette excitation avec sa constitution. Mais, la schizophrénie faisant son œuvre, les idées délirantes seront peu cohérentes, illogiques et d'ailleurs la démence précoce jettera vite complètement le masque, pour en arriver à l'hébéphréno-catatonie, où se cristallisera le malade.

\*\*

Nous réunissons nos conceptions dans le tableau ci-dessous, puisqu'en toutes choses une classification est le meilleur moyen de voir clair.

Délires chron. purs	{	Délire d'interprétation.	}	Psychoses constitu- tionnelles	
		Délire d'imagination.			
		Délire hallucinatoire.			
Fausses démences paran.	{	Délire chronique.	}		
		+ Délibité mentale.			
		Délire chronique.			
	{	+ Psychose maniaque dépressive.	}		
		Délire chronique.			
		+ Démence vésanique.			
Démences paranoïdes	{	Const.	{		Délire chronique.
				+ Schizophrénie psychogène.	
	{	Mixte	{	Délire chronique.	}
				+ Schizophrénie lésionnelle.	
	{	Acquise	{	Schizophrénie lésionnelle.	}
				+ Constitution paranoïaque.	
Démence précoce pure	{	Schizophrénie lésionnelle (hébéphréno-catatonie).	}	Psychoses acquises	

On voit que les démences paranoïdes se laissent répartir en trois sections : démence paranoïde purement constitutionnelle, démence paranoïde d'origine mixte, démence paranoïde acquise, où la constitution ne joue qu'un rôle de second plan. De ces trois sections, la première est de beaucoup la plus importante : *la plupart des tableaux morbides répondant à la définition de la démence paranoïde telle qu'elle se dégage des travaux allemands, sont en réalité des délires chroniques secondairement disloqués du fait de leur évolution.*

La seconde variété, démence précoce venant dissocier un délire chronique, est exceptionnelle, et nous ne l'avons citée que pour mémoire.

Quant à la démence précoce à début délirant, elle est à rapprocher des formes délirantes de la paralysie générale, de la démence sénile, etc. Était-il utile de l'ériger en forme morbide isolée ? On peut en discuter car la démence précoce paranoïde est loin d'avoir l'autonomie clinique de l'hébéphrénocatatonie. On ne peut pas plus opposer démence précoce paranoïde à démence précoce hébéphrénocatatonique qu'on ne pourrait opposer paralysie générale délirante à paralysie générale dementielle.



Il ne semble donc pas que le terme de démence paranoïde désigne véritablement une entité morbide.

Aussi vaudrait-il peut-être mieux renoncer à s'en servir, puisqu'il prête à confusion, et réunit trop de choses, et des choses trop différentes.

Le diagnostic de démence paranoïde n'est qu'un diagnostic de syndrome qui, rarement, peut être le seul possible ; il faut lui préférer les diagnostics plus complets de « délire systématisé secondairement dissocié », « démence précoce chez un délirant », « démence précoce chez un paranoïaque constitutionnel », etc...

# REMARQUES SUR UNE THÉORIE BERGSONNIENNE DE L'HALLUCINATION

Par M. QUERCY

---

Il s'en faut de beaucoup que le psychiatre puisse se passer de métaphysique et il n'est pas fâché de trouver chez les philosophes la théorie des faits qu'il a pour métier d'observer. En matière d'hallucinations par exemple, nous relevons presque tous de Taine et c'est assez singulier, « l'Intelligence » étant une œuvre peu originale et vieillie. Si, telle qu'elle est, elle a pu nous régenter, une pensée neuve et persuasive comme celle de Bergson, ne nous apportera-t-elle pas, sur les hallucinations, des enseignements ou, du moins, un point de vue ?

L'hallucination chevauche deux chapitres de psychologie : la Perception et l'Image. Qu'elle soit l'une ou l'autre, elle naît parmi les souvenirs, elle est prise pour une sensation et on s'entend à peu près pour en faire une « perception *sans* objet ».

Voici ce que cela veut dire : il y a hallucination lorsque, dans l'absolu silence des sens ou en toute indépendance de leur bruit, un souvenir se fait perception. Tandis que l'illusion se contente de transformer ce qu'elle touche et n'est qu'une perception *sans* son objet, l'hallucination crée le sien, l'ajoute à la réalité ambiante et, avec la seule matière des souvenirs, sans le support plus ou moins dissimulé des vraies sensations actuelles, d'une image, elle fait une perception.

Cette traduction des faits a l'air simple, elle permet le balancement des formules scolaires, on s'y

tient (1). On a raison, car, avec le sentiment d'automatisme, le refus d'appropriation au moi et la projection au dehors, on obtiendra peut-être des interprétations et des illusions, on n'aura pas encore l'élément nécessaire et spécifique de l'hallucination.

Que nous révèle, sur ce dangereux sujet, l'œuvre publiée de Bergson ? On ne peut s'en enquérir en se maintenant sur le terrain des faits. Quand Bergson rencontre l'Aphasie, il étudie « minutieusement » (2) les cas et tente de faire œuvre positive. Ici, au contraire, nous ne le trouverons jamais aux prises avec les faits cliniques et nous aurons parfois à le suivre sur le terrain métaphysique, pour aboutir, croyons-nous, à des affirmations telles que : il n'y a pas d'hallucinations, il n'y a pas de perception sans objet.

## I

Les idées que Bergson combat sont vieilles comme la philosophie et en voici l'essentiel.

Pour qu'on perçoive un objet, sa collaboration n'est indispensable que la première fois. Par la suite, il pourra s'éclipser ; pour refaire sa perception, il suffira qu'un événement convenable ait lieu en un point quelconque du trajet sensoriel ; témoins l'illusion des amputés, le rêve, l'hallucination (3). Le souvenir normal lui-même n'est qu'une sensation, le souvenir d'un objet absent n'offre avec la perception d'un objet présent qu'une contingente différence de degré (4) ; et, si nous distinguons nos souvenirs de

---

(1) Pas toujours ; c'est ainsi que les « voix » laryngées ou épigastriques sont couramment appelées « hallucinations psycho-motrices ». Ces hallucinations sont théoriquement possibles, mais, dans mes cas et aussi dans les observations classiques de Baillarger et de Séglas, il s'agissait d'interprétations ou, tout au plus, d'illusions assez banales.

(2) *Matière et Mémoire*, p. 71.

(3) DESCARTES. — 1<sup>re</sup> Méditation, Ed. Cousin, I, p. 345-6. Sur l'illusion des amputés, *Principes*, IV, § 196 ; *Lettre à Plémpius*, Ed. Cousin, VI, p. 347.

(4) V. surtout MALEBRANCHE, *Recherche de la Vérité*, Imagination, Part. I, Ch. I, 1.

nos perceptions, c'est que ces dernières, plus intenses, plus fortes, refoulent les premières, les réduisent (1).

Bref, l'objet n'est pas nécessaire à la perception, le système nerveux y suffit, le souvenir est une sensation, les états forts réduisent les états faibles.

Cette hypothèse, cette « étrange supposition », dans laquelle on « s'obstine » (2), paraît inintelligible à Bergson et, dans tout *Matière et mémoire*, il la combat.

Au nom des idées claires, il fait une première remarque. Quelque idée qu'on se fasse du cerveau et même dans une théorie idéaliste de la matière, la physiologie, Leibniz le disait admirablement, ne trouvera « jamais » (3) dans des mouvements cérébraux, même parfaitement connus, la raison d'être du moindre état de conscience. C'est, du reste, une donnée de simple bon sens et nul physiologiste n'y contredira même s'il confie à la « médecine » (4) le soin d'agir sur le cerveau pour essayer d'activer l'intelligence humaine.

Ce principe initial rappelé, toute théorie cérébrale de la perception doit reconnaître et reconnaît que la perception, avec ses conditions cérébrales « suffisantes », est un état « interne » que nous projetons au dehors. Quoi que soit ce que j'appelle un arbre, si mon état cérébral est le grand responsable de ma perception, celle-ci ne naît sûrement pas dans l'arbre ; née du cerveau, elle naît dans le cerveau et l'on est bientôt amené, de centre en cellule et de cellule en molécule, à « la pousser à la fois hors du cerveau et hors de l'espace » (5). Des choses, l'activité cérébrale ne nous donne d'abord qu'une perception extraspatiale et inétendue. Dès lors, on ne nous expliquera « jamais » comment elle va rejoindre l'étendue, s'extérioriser, se localiser et s'étendre ; comment, avec deux

(1) MALEBRANCHE, *l. c.*, III, dernier ch., de l'action des contes de nourrice sur l'imagination des enfants laissés seuls dans l'obscurité.

(2) *Matière et Mémoire*, p. 43, 150.

(3) *M. et M.*, p. 16.

(4) Descartes.

(5) *M. et M.*, p. 52.



yeux et deux cerveaux, nous ne voyons pas toujours double (1) ; comment la perception visuelle rejoint la perception tactile avec laquelle elle n'a exactement rien de commun. Bref, la théorie cérébrale de la perception se heurte à des difficultés sans cesse renaissantes, et cela, pour avoir entrepris d'expliquer la perception en partant de troubles psychiques qu'on n'a peut-être pas le droit de confondre avec elle, pour avoir fermé les yeux sur l'essence de la perception normale : le fait de toucher la réalité des objets dans une intuition immédiate, le fait d'exiger la présence de l'objet.

Pour échapper aux difficultés où les Cartésiens et Taine s'embarrassent, il suffit de renoncer à mettre la perception des choses, les choses elles-mêmes (2), dans le cerveau ; il faut reconnaître avec le simple bon sens que notre perception extérieure est dans les objets (3) et non pas en nous. « A aucun degré, en aucun sens, sous aucun aspect » le cerveau n'explique une perception (4), la perception est dans l'objet, la perception est quelque chose de l'objet (5), il n'y a pas de distinction véritable entre la perception et la chose perçue (6), il n'y a pas de perception sans objet (7).



Bergson n'ignore rien des centres perceptifs et il s'efforce d'éclairer la relation de « solidarité » (8) qu'on est bien obligé de constater entre la perception et le cerveau.

Le cerveau est matière et l'idéalisme lui-même n'y trouvera jamais que du mouvement. Rétine, nerf

(1) 54.

(2) *M. et M.*, p. 3 et, surtout, *Le Paralogisme psycho-physiologique*, in *Energie Spirituelle*.

(3) *M. et M.*, p. 31, 32, 33, 39, 49, etc., etc.

(4) *M. et M.*, 251.

(5) *M. et M.*, 264.

(6) 244.

(7) 33.

(8) *E. S.*, 38-39, 222, etc.

opt'que, cuneus, tout cela ne fait que transmettre du mouvement ; des surfaces sensorielles aux muscles, tout est moteur et c'est une étrange attitude que d'avoir l'air de croire à ce miracle, le cerveau engendrant un état psychologique.

Comment se fait-il donc que la destruction d'appareils de l'espèce du cuneus anéantisse la perception ?

Notre perception est celle d'un être matériel et, dit la métaphysique Bergsonienne, la raison d'être de l'union de l'esprit et du corps est l'action sur la matière. Notre perception d'organisme vivant n'a donc de sens que si elle est fonction de l'action ; non de l'action mécanique de la matière, du savant automatisme de l'instinct, non des réactions habituelles et stéréotypées, mais de l'action qui a besoin d'être éclairée, celle d'un être auquel l'Elan Vital confie le soin de se maintenir. L'action dont la conscience est fonction est l'action « libre ».

Toute perception exige donc, enveloppe, prépare, dessine une action prochaine.

Mais cependant que l'Elan Vital obtient la perception, il arrache à la Matière et à l'Energie, toutes prêtes à se « dégrader », l'organisation du système nerveux. Dès lors, à côté du dessin de l'action que la perception trace dans les choses, il s'en fait une autre dans les centres nerveux, celui qui figure, dans les centres « perceptifs », le célèbre schème de l'action motrice (1). Si le centre des schèmes moteurs, si le centre dit perceptif est lésé, c'est autant de questions de moins que l'univers pose à notre activité d'être vivant, c'est autant de perdu pour l'élan vital, autant de reconquis par la dégradation matérielle, pour les mécanismes physiques et les automatismes physiologiques, autant de perdu pour l'action libre, c'est-à-dire pour la perception (2).

C'est par des considérations de ce genre qu'on peut tenter d'entrevoir comment les états cérébraux, tout en n'étant équivalents, ni causes, ni duplicats des

---

(1) Sur la localisation du schème moteur dans les centres perceptifs, cf. QUERCY. Remarques sur la théorie Bergsonienne de l'Aphasie. *Encéphale*, février 1925.

(2) Pour tout ce passage : *Evol. Créatrice*, *passim* et, surtout, *M. et M.* Ch. I, p. 2, 28-29, 33, 56-57 par ex.

perceptions (1), sont leurs concomitants indispensables, comment la perception, extérieure, étendue, dans l'objet, est cependant solidaire des centres « perceptifs » où s'organisent les schèmes moteurs.

Quoi qu'il en soit de cette simple « solidarité » entre les perceptions et les centres, la perception est dans l'objet, le point lumineux P est une image visuelle (2), ma perception visuelle de P a lieu en P et non en moi, l'objet est la condition inéluctable de la perception, il n'y a pas de perception sans objet, il n'y a pas d'hallucinations.



Retrouvons cette négation par une autre voie. Bergson vient de reprocher à une philosophie d'arracher la perception à l'objet pour la mettre dans le cerveau, où elle n'a que faire et d'où on ne pourra plus la sortir ; il va lui reprocher de ne pas mieux comprendre l'image et d'en faire une perception faible, alors que perception et souvenir offrent une différence de nature (3).

Chez les théoriciens de l'hallucination vraie et de l'image-sensation, l'image est, à la lettre, une perception, et toutes deux naissent dans les mêmes centres, des mêmes phénomènes cérébraux, tantôt intenses, tantôt atténués. Après avoir méconnu ce qu'il y a d'irréductible dans la perception : l'intuition immédiate d'un objet présent, on va méconnaître ce qu'il y a d'irréductible dans le souvenir conscient : une émergence du passé ; avec un appui aussi fragile que l'hallucination ou le rêve, on va s'exposer aux difficultés que nous avons reconnues, aggravées de quelques autres.

En noyant le souvenir dans la perception on contredit l'introspection élémentaire, qui nous révèle un abîme entre la perception et l'image, on s'avère hors

---

(1) *M. et M.*, p. 263.

(2) *M. et M.*, p. 30-31.

(3) *M. et M.*, p. 60. « L'erreur capitale..... »

d'état, Hume (1) lui-même l'avouait, de déterminer la différence de degré qu'on postule entre la sensation et la représentation ; on doit reconnaître que nulle théorie des réducteurs ne nous dit comment nous nous y prenons, jusque dans le rêve et la maladie, pour que nos états, immédiatement, instantanément, se répartissent entre ces deux règnes, la sensation et l'image ; on oublie qu'un souvenir nous apparaît d'emblée comme tel et que nous ne commençons jamais par apprécier je ne sais quelle différence de degré avant de laisser l'hallucination « forte » rejeter l'hallucination « faible » dans l'imaginaire ; on n'a nul moyen de dire pourquoi ces deux états, différents en seule intensité, ne se contentent pas, ce qui serait « si simple » (2), de se juxtaposer en deux expériences également extérieures ; on ne sait plus pourquoi, de gré ou de force, nous devons rejeter une de ces deux expériences dans un monde de mémoire, irréductible au monde extérieur ; on est conduit à ranger souvenirs et sensations sur une même échelle, l'image la plus intense siégeant au-dessous du seuil de la sensation (3) ; on se croit capable d'expliquer qu'un sujet puisse hésiter à dire s'il éprouve une sensation faible ou une image vive, mais on se heurte enfin à l'argument de fait favori (4) de Bergson : si une sensation vive peut décroître jusqu'à l'état de souvenir d'une sensation intense, pourquoi ne prenons-nous jamais une sensation faible, un son infime, pour le souvenir d'une sensation vive, d'un grand bruit ?

La théorie de l'image-sensation est donc intenable

(1) *Tr. de la Nature Hum.*, *passim* et, surtout, appendice final de la trad. David. Hume n'a nullement fondé la théorie des états forts et des états faibles et, en l'acceptant, il n'a pas ignoré l'impuissance où elle est de rendre compte de ce fait que sensation et image sont « autrement senties ».

(2) *M. et M.*, 268.

(3) Exposé systématique récent de cette doctrine par C. Stumpf, *Empf. u. Vorst.* in *Abh. d. Akad. d. Wiss. z. Berlin. Phil. hist. Kl.*, 1918, I.

(4) Il le développe au moins 3 fois ; in *En. Spir.*, 141, in *M. et M.*, 147 et in *Concl. de M. et M.*, 267.

et il faut revenir au bon sens : la perception étant dans l'objet, le souvenir d'un objet absent est quelque chose d'un autre ordre.

Il y a quelques pages, nous apprenions que la perception est dans l'objet et que, dès lors, il n'y a pas de perception sans objet, pas d'hallucination ; nous savons maintenant qu'entre la perception et le souvenir, il y a une différence de nature et qu'on ne peut passer de celui-ci à celle-là par une augmentation d'intensité qui donnerait l'hallucination. Théorie de la perception et théorie de l'image s'accordent donc à nier l'hallucination, image intense, image plus intense que la sensation minima, sensation enfin, mais sensation sans objet.



Il semble n'y avoir qu'un moyen de sauver quelque chose d'analogue à l'hallucination, c'est de recourir à une doctrine de très vieille souche, qui dirait : l'hallucination n'est pas une perception sans objet, et nulle image, par intensité croissante, ne peut franchir le seuil de la sensation ; mais il n'en est pas moins possible que des malades prennent leurs images pour des perceptions. On en trouve qui se plaignent de l'irréalité, de l'inactualité de leurs sensations ; les hallucinés représenteraient le cas inverse ; çà et là, par instants, par un fléchissement momentané de leur « sens du réel », et de leur « attention à la vie », semblables au rêveur dont le rêve, qu'il croyait bruyant, n'est que grisaille et silence, les hallucinés prêteraient un éclat emprunté aux schémas de leurs représentations (1).

Nous n'insisterons pas davantage ; il appartient aux faits à venir de juger les projets d'application du dynamisme Bergsonien et, surtout, il ne s'agit plus ici de l'hallucination traditionnelle, qui seule nous occupe. Celle-ci est deux fois impossible : la perception d'un objet présent est dans l'objet, la représen-

---

(1) *M. et M.*, 192-3.

tation d'un objet absent est chose d'un autre ordre et, de ce double fait, il n'y a pas de perception sans objet.

## II

Soit, une dernière fois, la perception de l'objet présent, extérieure, localisée, étendue et, de l'autre côté de l'abîme, le souvenir de l'objet absent, ultra-cérébral, extra-spatial, inétendu. Nul n'ignore que la différence de nature qui les sépare ne les empêche pas d'avoir d'étroites relations : notre perception ne cesse d'être brute et ne devient quelque peu savante que le jour où notre mémoire verse en elle ses souvenirs ; la perception « ne se définit et ne se distingue » que par sa « coalescence » avec les souvenirs ; elle est « à la rencontre de deux courants » (1), l'un venu du dehors, c'est la perception brute, l'autre venu du dedans avec les trésors de la mémoire.

Ce ne sont pas là des métaphores et, sans contradiction, la différence de nature va faire place à l'identité ou à une simple différence de degré ; la perception s'opposait au « *souvenir pur* », elle va s'incorporer le « *souvenir-image* ».

Le souvenir pur, en lequel survivent indéfiniment tous les événements de notre passé, avec leur individualité et leur date, le souvenir pur est un état virtuel, latent, inconscient (2) ; il n'est pas image (3) ; il n'est pas non plus idée ou « simple pensée » (4), car les idées sont des mouvements, des attitudes de l'esprit ou des relations abstraites et non des êtres concrets ; on ne peut parler de lui, de cet « état », que métaphoriquement (5), et si Bergson le compare à une image virtuelle, ce n'est pas pour en faire quelque chose de visible, de conscient ; c'est pour rappeler qu'il est inactuel, « plongé dans les ténèbres de l'inconscient ».

(1) Ces trois citations : *M. et M.*, 136.

(2) *M. et M.*, 144, 152, etc.

(3) *E. S.*, 144.

(4) *E. S.*, 106.

(5) *E. S.*, 144.

Si nous nous contentions de vivre, de vivre automatiquement, en comptant sur la science de nos mécanismes, si nous ne nous servions pas de notre expérience passée pour éclairer notre action, il n'y aurait aucune raison pour que les souvenirs purs quittent l'inconscient. Mais nous avons besoin d'eux, nous leur faisons sans cesse appel, ils deviennent conscients, actuels, présents, souvenirs-images.

Qu'est-ce que le souvenir-image, et offre-t-il, lui aussi, avec la perception, la différence de nature qui interdit l'hallucination ? Non. Le souvenir actuel est une sensation et rien, hors son origine, ne distingue le souvenir actuel d'un objet absent de la perception d'un objet présent. Bien mieux, on chercherait en vain à dédoubler ce souvenir en éléments sensoriels et éléments psychologiques purs ; dès que le souvenir émerge de l'inconscient, il est sensation, faible d'abord, puis de plus en plus forte (1).

Notre présent, le tout de nos états psychologiques actuels, est fait de la conscience des sensations qui passent et des réactions qui naissent, rien de plus (2). Le souvenir ne peut s'y insérer qu'en se soumettant à ce « rien de plus ».

Quand Bergson dit du souvenir qu'il ne peut s'actualiser qu'en se conformant à une loi fondamentale de la vie : « la matérialisation de l'immatériel », quand le souvenir Bergsonien s'incarne (3) dans une sensation, engendre une sensation (4), cela ne signifie pas qu'il rend plus intenses les sensations sur lesquelles il agit, cela doit être pris au pied de la lettre et veut dire que le souvenir conscient, présent, actuel, matérialisé, n'est pas autre chose, n'est rien de plus qu'une perception (5).

Mais cette transformation, cette transsubstantiation du souvenir pur en souvenir-image, mérite qu'on y

---

(1) *E. S.*, 141.

(2) *M. et M.*, 149, 150.

(3) *M. et M.*, 151.

(4) 150.

(5) 269.

insiste encore. On se rappelle que la perception est dans l'objet et que la théorie de la projection excentrique des perceptions paraissait à Bergson inintelligible ; avec le souvenir cette opération devient la règle et le souvenir pour qui s'actualise subit « véritablement », « au sens étymologique du mot », « une réflexion », « une projection excentrique » (1) ; il s'élance au dehors (2), peut-être grâce aux fibres centrifuges des nerfs sensoriels (3), il s'extériorise, il se localise, il s'étend, c'est une hallucination (4) et il n'y a pas de différence essentielle entre un souvenir visuel et une image consécutive (5). Bergson adopte ici toutes les idées défendues par Goldscheider et Müller dans leurs recherches sur la lecture dite « tachistoscopique », celle où nos souvenirs, projetés sur le papier, se substituent aux caractères réellement imprimés et nous en donnent l'illusion, l'hallucination (6).



En revenant à la conscience, le souvenir devient sensation et, entre elle et lui, il ne peut plus être question d'une différencē de nature ; l'image de l'objet absent, cette sensation faible puis forte, n'offre plus avec la perception de l'objet qu'une contingente différence de degré et nous rejoignons la théorie des états forts et des états faibles. Entre la perception proprement dite et les images-souvenirs que nous projetons en elle, il n'y a aucune différence intrinsèque et ce n'est pas le seul associationisme qui s'épuise à distinguer une image d'une sensation ; tout psychologue, quelle que soit sa métaphysique, chercherait vainement la trace du souvenir pur dans un souvenir-image (7).

La marque du passé n'est pas une propriété, un

---

(1) 105-113.

(2) *E. S.*, 106.

(3) *M. et M.*, 105.

(4) *E. S.*, 105.

(5) *M. et M.*, 105-6.

(6) *M. et M.*, 106, *E. S.*, 106.

(7) *M. et M.*, 146.



attribut, un prédicat analytique du souvenir conscient; et si celui-ci tranche sur le présent, c'est par son origine; s'il nous dit qu'il est souvenir, c'est grâce à l'opération qui le fait sortir de l'inconscient; ce qui nous assure de son identité, c'est son émergence des ténèbres de l'inconscient au grand jour (1). Sans cette conscience d'un acte (2), d'une opération psychologique, d'une attitude mentale, sans cette conscience d'une relation, rien ne distingue un souvenir d'une sensation; il est une sensation, une hallucination.

Avant de rechercher s'il en est bien ainsi, demandons-nous quand cette hallucination sera-t-elle pathologique.

Un souvenir présent est une sensation et nous le distinguons des sensations parce que nous savons qu'il vient de l'inconscient et non du dehors; c'est notre conscience de son origine qui fait notre conscience de sa nature et qui le distingue pour nous des objets perçus.

Il y aura hallucination pathologique lorsque les images, sans que leur « intensité » se soit nécessairement modifiée, ne seront plus reconnues comme venant du passé, quand nous perdrons conscience de l'acte qui les extrait de l'inconscient. Ainsi comprise, l'hallucination malade n'est pas un phénomène « positif », et Bergson semble avoir tiré cette remarque de son propre fonds; la maladie ne crée rien, elle lève une inhibition, elle profite de la neutralisation de mécanismes antagonistes (3). L'hallucination est un phénomène normal et constant, et nos souvenirs sont projetés au dehors; mais, ce faisant, nous avons conscience de ce que nous faisons. Privez-vous de cette conscience de l'acte qui va chercher l'image dans le passé et du lien qui l'y attache, rien ne la distinguera plus de la sensation et l'hallucination pathologique est née.

---

(1) *M. et M.*, 146.

(2) 144.

(3) *E. S.*, 133, 134. *M. et M.*, 167 par ex.

La privation de conscience qui la fonde a lieu, nous le savons déjà, quand il se produit un fléchissement de notre « sens du réel », une chute de « tension » de notre activité mentale, quand les souvenirs, au lieu de se soumettre au choix d'une action attentive au réel, se précipitent en foule à travers les mille fissures d'une action relâchée et diffuse, lorsque, du fait d'un déséquilibre des mécanismes du cerveau, celui-ci ne permet plus la sélection pour la conscience des seuls souvenirs utiles et l'oubli des souvenirs superflus (1). Mais c'est toute la question du dynamisme Bergsonien qui pointe de nouveau et il ne peut être question d'insérer ici les développements qui éclairciraient ce dernier paragraphe.



Le souvenir-image est une sensation, toute image est une hallucination, pathologique ou non ; telle est la thèse que nous venons d'attribuer à Bergson, après avoir par deux fois, avec lui croyons-nous, nié l'hallucination. C'est que l'hallucination qu'il semble admettre n'est ni celle de Taine, ni celle de la tradition psychiatrique ; ce n'est pas une sensation sans objet. Sans doute, chez Bergson comme chez Taine, le souvenir qui s'actualise est une sensation qui se renforce peu à peu ; comme la sensation, il est solidaire de l'activité du centre perceptif, le cuneus par exemple (2) ; comme la sensation enfin, il est dans l'objet, où nous le projetons. Mais, entre la perception et le souvenir, existe, nous l'avons vu, une différence inaperçue des philosophes. Ils se réduisent à imaginer entre les perceptions et leurs images, une simple différence de degré, contingente, vaine et inintelligible et, tandis que l'homme de Taine est un halluciné sans remède, Bergson tente de fonder la distinction entre la perception et l'image sur l'acte qui nous fait puiser le souvenir dans le passé. Perception et image

(1) *M. et M.*, 82, 83, 96, 198... *E. S.* III et, in *La Fausse reconnaissance: l'inattention à la vie, l'insuffisance d'élan*, etc.

(2) *V.* plus loin.

ont les mêmes qualités, mais l'une vient de l'objet, l'autre émerge de notre inconscient, ce sont leurs origines qui les différencient.

Nous avons vu que cette différence peut s'effacer, laissant place à l'hallucination pathologique, mais à une hallucination qui n'est, il faut maintenant le montrer, ni celle de Taine, ni celle de la tradition psychiatrique. Le souvenir Bergsonien, en effet, ne reparait à la conscience, l'image ne s'éclaire, le rêve n'envahit le sommeil, l'hallucination pathologique ne nous assaille que si un objet extérieur réel est en même temps perçu ; l'hallucination existe en tant que l'image est une sensation, mais elle n'est pas une perception sans objet, elle n'est pas le phénomène surprenant que nous avons caractérisé au début de ce travail.

L'homme, même celui de Bergson, n'a de perceptions et de souvenirs que grâce à la « solidarité » qui lie sa vie psychologique à ses mouvements cérébraux et nous avons résumé l'expression que donne Matière et Mémoire de cette relation. Il en faut surtout retenir ici le principe physiologique : le système nerveux, des surfaces réceptrices aux plans suprêmes de l'écorce, est moteur ; nul centre n'a d'autre fonction et, dans les centres « perceptifs » s'organisent les « schèmes » de l'action motrice « naissante ». Or, il se trouve que, perception et souvenir n'ont lieu que si le cerveau joue son rôle jusqu'aux schèmes moteurs inclus. Dès lors, des souvenirs ne s'éveilleront que si l'écorce recueille des mouvements captés par une surface sensorielle ; un souvenir ne peut s'actualiser que si la surface sensorielle travaille, l'éveil du souvenir veut une perception actuelle. Qu'il s'agisse de l'activité normale de la mémoire, du rêve ou de l'hallucination, l'occasion du souvenir est la perception ; elle est l'indispensable « matière », il est la « forme » (1) ; par lui, un regard nous fait identifier l'objet le plus complexe mais, pour qu'il naisse et se matérialise, il faut qu'une matière lui soit fournie, la perception brute l'apporte.

---

(1. E. S., 99.

Si les mécanismes neurologiques sont bien ajustés, si nous opposons à l'action de l'objet les réactions convenables, si nous sommes « attentifs à la vie », seuls reviendront à la lumière les souvenirs utiles, et la perception sera correcte ; si, au contraire, mécanismes neurologiques et tension spirituelle sont perturbés ou relâchés, si l'action est « vague » (1) et diffuse, mal ou non coordonnée, des souvenirs quelconques se poseront sur des perceptions quelconques, la matière de la perception recevra de la mémoire les formes les plus inattendues, le rêveur prendra ses phosphènes pour un ruissèlement de pièces d'or et, le fou, un bruit banal pour une cruelle injure. Mais, toujours, pour que les images se projettent et se matérialisent, il faut que le support plus ou moins dissimulé d'un objet réel et d'une perception brute leur soit offert ; une dernière fois, il n'y a pas de perception sans objet, l'hallucination classique n'existe pas.



Une description anatomique et physiologique souligne cette doctrine. On dit que Bergson rejette les localisations cérébrales. Rien ne sera plus inexact tant que le texte de Matière et Mémoire et de l'Energie Spirituelle ne sera pas modifié. Nier, comme tout le monde, mais dans un esprit nouveau, que des faits psychiques puissent loger dans le cerveau, montrer l'équivoque des « traces » cérébrales, des « plis » de Descartes, des « clichés » de Taine est une œuvre excellente mais à laquelle tout « localisateur » sensé applaudirait. Pour un Descartes, par exemple, il n'y a rien de commun entre des traces cérébrales et des images et si Bergson a mieux parlé que tout autre d'une mémoire indépendante du cerveau et cependant conservatrice du passé, l'auteur du *Traité de l'Homme* lui-même l'a un instant frôlée (2). Nier, l'ac-

(1) *M. et M.*, 184.

(2) Lettre à Huyghens, 13 octobre 1642. V., par contre, sur la Mémoire intellectuelle, la correspondance avec Arnaud, la réponse de août 1641 à Hyperaspites et les notes de Burman (Ed. Adam et Tannery, V. 150).

cumulation d'états psychologiques dans l'écorce ne revient pas à nier les localisations cérébrales et Bergson accepte fort bien qu'il y ait des centres indispensables à la naissance des perceptions ou à l'évocation des souvenirs. « Diverses mémoires sont localisées dans le cerveau en ce sens que le cerveau possède, pour chaque catégorie de souvenirs, un dispositif spécial, destiné à convertir le souvenir pur en perception ou image naissante. » (1).

Les perceptions ont leurs centres, où s'organisent les schèmes moteurs et on peut leur tolérer le titre de centres « perceptifs » ; le cuneus en est l'exemple le plus incontesté.

Les souvenirs ont, eux aussi, leurs centres et nous allons voir que ces souvenirs sont solidaires, tantôt de centres imaginatifs spéciaux et tantôt des centres perceptifs eux-mêmes. Entre le souvenir pur et la perception en effet, il y a une différence spécifique et règles du bon sens et constatations cliniques s'accordent pour dicter que les centres des souvenirs doivent être ailleurs que les centres des perceptions ; « Nous voulons voir dans le souvenir un ébranlement du même mécanisme, l'expérience dit le contraire : on peut perdre ses souvenirs visuels sans cesser de voir ; serait-ce possible, si la perception et la mémoire intéressaient les mêmes centres ? » (2). « La faculté de se remémorer des sons tels que les mots intéressent d'autres parties de la substance nerveuse que la faculté de les percevoir. » (3). De même, la faculté de se remémorer les souvenirs visuels intéressera une zone de l'écorce distincte du cuneus, le pli courbe, si l'on veut (4).

Mais, à côté du souvenir pur, il y a le souvenir-image ; celui-là spécifiquement distinct de la sensation, celui-ci simple sensation ; et Bergson ayant solidarisé le premier avec le lointain pli courbe, estime « natu-

---

(1) *E. S.*, 137.

(2) *E. S.*, 143.

(3) *M. et M.*, 139.

(4) Ou toute autre région autre que le cuneus.

rel » (1) d'attribuer le souvenir-image au centre même de la perception, au cuneus. Quand ce dernier est excité du dehors, « par devant », par l'objet réel et grâce à l'intermédiaire de la rétine, naît la sensation ; quand le même cuneus est excité du dedans, « par derrière » (2), par le souvenir pur, cet « objet virtuel » (3) et par le pli courbe, cette rétine « mentale » (4), alors s'éveille le souvenir-image, cette sensation. Aux précisions et aux analogies anatomiques près, c'est le langage des Cartésiens.

Bergson ajoute que les souvenirs-images, ces sensations faibles, puis de plus en plus fortes (5), se réalisent dans des centres successifs (6), échelonnés entre le centre imaginaire, qu'actionne le souvenir-pur et le centre perceptif, dont est solidaire le souvenir-image parfait ; mais ce retour à une thèse de Taine (7) ne me paraît ni contredire ce qui précède, ni affaiblir l'affirmation que « si on assigne à la perception et au souvenir des éléments nerveux distincts, on aura contre soi l'observation psychologique la plus élémentaire. » (8).

Si le travail neurologique solidaire de l'image, du rêve ou de l'hallucination se fait du centre imaginaire au centre perceptif et si la destruction de ce dernier enlève au souvenir virtuel le moyen de s'actualiser, il semble qu'on ait au moins deux moyens de vérifier la pensée de Bergson. Elle paraît exiger que le cuneus subisse l'action de centres d'association tels que le pli courbe et en reçoive des fibres ; il y aurait donc lieu de chercher si, en cas de lésion pariétale, des dégénérescences se dirigent vers le cuneus (9).

(1) *M. et M.*, 134.

(2) *M. et M.*, 139.

(3) *M. et M.*, 139.

(4) *M. et M.*, 138.

(5) *E. S.*, 141.

(6) *M. et M.*, 140.

(7) *L'Intelligence*. L. IV., Ch. I, Par. VIII.

(8) *M. et M.*, 135.

(9) DÉJÉRINE (*Anatomie des centres nerveux*. Cas Jouan et Leudot) et CAJAL (*Histologie du Système Nerveux*. Ecorce visuelle. Ecorce olfactive) semblent répondre par la négative. Cf. Quercy, Questions neurologi-

La théorie de Bergson paraît également exiger que la destruction du cuneus supprime les images, les hallucinations et les rêves visuels, et cela aussi est vérifiable (1).

\*\*

Un double travail reste à faire. Il faudrait critiquer la doctrine exposée ici, au lieu de se borner à indiquer, chemin faisant, par des artifices de forme, les points qui attirent les objections. Il faudrait surtout, avant tout, se demander si cette doctrine est bien celle de Bergson et étudier, d'une part, le dynamisme Bergsonien, le sens du réel, l'attention à la vie, le détachement de l'action...; d'autre part, la possibilité, dans le rêve ou ailleurs, d'une activité consciente libérée de l'action, la possibilité de souvenirs purs conscients, les plans de conscience, le mode d'insertion des souvenirs dans les états sensorimoteurs présents, ce qu'est la conscience d'une idée, d'une « simple pensée », d'un schéma dynamique...

Comme toute grande création philosophique, Matière et Mémoire est inépuisable et on ne peut songer à aborder dans cet article le moindre des chapitres dont j'ai commencé l'énumération; aussi, réservant entièrement ce programme, me bornerai-je à rappeler le principal objet du travail précédent:

La psychiatrie classique respecte une tradition philosophique que Taine lui a transmise, la perception y est une hallucination vraie, l'hallucination y est une perception sans objet. Ne peut-on lui opposer les affirmations d'une philosophie qui s'épanouit dans Matière et Mémoire: l'hallucination est une perception fausse, il n'y a pas de perception sans objet, l'hallucination traditionnelle n'existe pas?

---

ques précises à propos de *Matière et Mémoire*. C. R. du XXVIII<sup>e</sup> Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Langue Française, Bruxelles, 1924 et Théorie Bergsonienne de l'Aphasie, *Encéphale*, 1925, 89-98.

(1) BARAT: — *Journal de Psychologie*, 1912, 163-170.

# POLYMORPHISME DE LA SYPHILIS ENCÉPHALIQUE

par P. GUIRAUD

---

Depuis quelque temps on a présenté aux séances de la *Société clinique de Médecine Mentale*, des malades pour lesquels on hésite d'ordinaire entre trois diagnostics : tabes avec affaiblissement mental, syphilis encéphalique diffuse, paralysie générale. La multiplication de ces cas douteux date des essais de traitement de la P. G. Les améliorations de cette affection traditionnellement incurable sont accueillies avec une extrême réserve. Les malades traités avec succès sont exilés du cadre de la P. G. s'ils s'écartent tant soit peu de la description classique (qui correspond à la période d'état) ; par exemple tous ceux dont les réflexes rotuliens sont abolis, sont déclarés atteints de tabes et capables d'amélioration.

En mettant à part les cas de lésion en foyer, les méningites syphilitiques précoces, et les troubles mentaux sans ébauche de syndrome paralytique, manifestations dont le pronostic plus favorable et l'aspect clinique distinct justifient évidemment la discrimination d'avec les formes chroniques de la syphilis de l'encéphale, on peut se demander si le diagnostic classique : tabes avec troubles mentaux, syphilis cérébrale diffuse, paralysie générale n'est pas en grande partie artificiel et académique. Nous pensons bien qu'on ne conteste plus actuellement que ces trois affections sont le résultat du même agent pathogène, le spirochète pâle. Quand il envahit le névraxe, ce microbe, moins préoccuppé que nous par les délimitations nosographiques, se multiplie comme il peut et où il peut en fonction de sa virulence et de la résistance des diverses portions du système nerveux.

Les aspects cliniques divers ne sont pas des maladies distinctes mais les variations dans la localisation



et dans l'intensité de l'agression. Dès qu'il y a lieu à hésiter, tout porte à croire qu'on est en présence d'une forme de transition. De plus, si l'on suit les syphilis encéphaliques dans toute leur durée on constate des modifications d'allure donnant suivant l'époque des aspects cliniques très différents. Assez souvent les premières manifestations sont brusques et intenses réalisant le tableau classique de la Paralyse générale; des ralentissements, des arrêts dans l'évolution peuvent survenir avec atténuation ou transformation des symptômes et des réactions biologiques. Inversement des malades appelés tabétiques avec quelques vagues troubles mentaux se transforment après quelques années en Paralytiques généraux typiques.

#### CLINIQUE

Seules les statistiques peuvent nous fixer sur la fréquence des formes dites atypiques. Nous avons actuellement dans le service 20 malades en traitement pour syphilis encéphalique avec réactions positives dans le liquide céphalo-rachidien. — (Nous ne tenons compte, pour le moment, que des cas avec atteinte du liquide céphalo-rachidien; le problème serait encore plus intéressant, mais trop difficile si on considérait les maladies mentales où le rôle étiologique de la syphilis peut être soupçonné, mais non démontré). Sur nos 20 malades nous trouvons: 8 paralytiques généraux classiques dont le diagnostic serait accepté par tout le monde; deux cas à début brusque avec confusion mentale et état physique défectueux qui peu à peu évoluent vers la P. G. typique; un P. G. datant de plus de 9 ans; un P. G. juvénile par hérédospecificité; une malade atteinte de syndrome paralytique au début, typique cliniquement avec une atteinte élective du jugement et de l'autocritique, de la dysarthrie, des troubles pupillaires. Cette malade pourrait être donnée comme exemple pour le psycho-diagnostic de la P. G. auquel Dupré attachait tant d'importance. Or la formule de son benjoin colloïdal est de 10221.11100.00000 soit le type dit syphilitique.

A ces 12 malades s'ajoutent 2 tabétiques, évoluant comme tabétiques purs depuis 6 ou 7 ans et qui ont fait progressivement des troubles mentaux. L'un réalise une forme amnésique avec mauvaise identification du monde extérieur et conscience relative de la maladie ; ayant dépassé 60 ans il fait penser à ces P. G. âgés décrits par Carrette qui ressemblent beaucoup à des déments séniles. L'autre a inauguré ses troubles mentaux par un syndrome hypocondriaque avec idées de légation et d'obstruction d'organes. Très amnésique et mentalement improductif au début de son séjour, il a réagi au traitement (lait sous-cutané et sulfarsénol) par de la fièvre, de l'agitation, un amaigrissement inquiétant. Rapidement il s'est amélioré au point de vue physique et mental et depuis deux ans il est arrêté dans son évolution. La dysarthrie, l'incontinence d'urine, les idées délirantes dépressives ou euphoriques ont disparu. Le malade est puéril, rabâcheur, stéréotypé, très docile avec des périodes d'irritabilité. Les réactions au benjoin sont pour le 1<sup>er</sup> 22222.22220.00000 et pour le second 22220.00011.00000.

Nos sujets 16 et 17 sont deux syndromes artériels compliqués d'affaiblissement mental. Le premier a fait à l'âge de 42 ans un ictus avec aphasie sensorielle et motrice. Soigné dès le début de ses accidents qui remontent à 3 ans de façon active par les arsénicaux et le bismuth, il s'est aggravé progressivement malgré quelques améliorations transitoires. Il est actuellement aphasique et, de plus, complètement dément, glouton, désordonné, malpropre, sans tremblement de la langue et des doigts. La formule de son benjoin est 001.00.11000.0000 (W. +). L'autre patient a contracté la syphilis à 23 ans, il a présenté à 28 ans une hémiplégie et après une vie assez déraisonnable, il a dû être interné à l'âge de 60 ans pour affaiblissement mental avec incurie, suggestibilité, puérilisme, érotisme. Il ne présente aucun signe de P. G. Son benjoin est entièrement négatif (W. —).

Nos 3 derniers malades réalisent ce qu'on pourrait appeler des « formes psychiques de la Paralyse générale ». Nous voulons dire que leur aspect clini-

que est celui des affections mentales sans lésions organiques actuellement connues : mélancolie, délires systématisés, démence précoce, etc... Cet aspect psychosique peut précéder de longtemps l'apparition des symptômes de déficit intellectuel et les signes physiques de la P. G. On se rappelle que Gilbert Ballet avait décrit des accès de mélancolie précédant de plusieurs années l'éclosion de la P. G.

Un de nos malades a été considéré pendant deux ans et demi comme simple neurasthénique quoique soigné par un spécialiste très averti. On n'a pensé à la syphilis que lorsque le père, médecin, désirant un examen complet, fit pratiquer une ponction lombaire qui fut positive (W + et lymphocytose +, la réaction au benjoin n'a pas été recherchée). Ce malade a été placé à la Maison de Santé au cours d'une période d'agitation avec confusion et idées de grandeur. Le diagnostic de P. G. n'était nullement évident au début, mais l'évolution l'a pleinement confirmé (dysarthrie, petits ictus, amnésie, tremblement, etc...).

Inversement, nos deux derniers sujets ont commencé par réaliser le syndrome paralytique le plus typique qui s'est atténué sous l'influence du traitement pour faire place à une apparence de psychose.

Le premier débute par l'excitation et un ictus apoplectiforme en 1920 ; il est traité activement par des arsénicaux ou du bismuth et avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation ; il présente pendant 2 ans de la dysarthrie, des idées de grandeur absurdes et instables ; il fait des achats ridicules, il accumule des morceaux de cailloux qu'il prend pour des diamants, etc... La ponction lombaire est positive (W +, lymphocytose, réaction au benjoin non pratiquée). Progressivement le calme revient, la dysarthrie, le tremblement disparaissent à peu près complètement, le délire absurde se modifie, et le malade qui n'avait que peu de troubles de la mémoire perd presque complètement l'aspect du P. G. Les idées délirantes se systématisent. Le thème de persécution et de grandeur basé surtout sur des interprétations délirantes et de l'activité imaginative ressemble beaucoup à ceux des paraphréniques. Notre sujet va rétrospectivement rechercher des souvenirs, des détails infantiles pour expliquer le thème de persécution. Un de ses camarades plus riche que

lui le brimait et l'humiliait, F. l'a corrigé en le dépouillant de sa culotte. Quarante ans après, en voyant prendre des bains à la Maison de Santé, il a reconnu le derrière de cet ancien camarade et a compris qu'il avait toujours été persécuté par lui, en France, en Russie, en Pologne. Les idées de grandeur trop absurdes ont été éliminées. Quand on rappelle à F. qu'il obligeait chaque jour sa femme à emporter chez elle son sac à main bourré de diamants, il sourit et rectifie: « Ce n'étaient pas des diamants, mais des pierres intéressantes au point de vue géologique ». Malade depuis 1920, F. a conservé jusqu'au début de 1925 une excellente mémoire, il a pu écrire en détail et en style très agréable l'histoire de sa vie. Depuis cette année les souvenirs semblent moins précis. F. lit le journal chaque jour, conserve une correction parfaite de manières et de toilette; il n'a plus aucun tremblement, ni embarras de la parole, sauf pendant de rares périodes d'excitation ou de colère, il ne conserve que des troubles pupillaires; il refuse obstinément tout traitement et toute ponction lombaire. Nous ne croyons pas qu'un observateur non averti ferait le diagnostic de P. G.

Le second malade est peut-être plus caractéristique. Le diagnostic de P. G. était évident à l'entrée. X dont le genre de vie demandait beaucoup d'intelligence, d'énergie, et une conduite prudente, ne donnant pas prise à ses adversaires, avait commencé par une période d'excitation avec achats inconsidérés, larcins absurdes et évidents, euphorie béate alternant avec un état neurasthénique et dysarthrie évidente. La ponction lombaire donnait à l'entrée les résultats suivants: lymphocytes 70, W +, Benjoin 22222.02222.0000. Le traitement par le sulfarsénol et le lait avait provoqué dès le début une forte réaction avec amaigrissement rapide, agitation extrême, fièvre. X. était ensuite sensibilisé au point que 12 centigrammes de sulfarsénol provoquaient une réaction thermique de 40°. Sans avoir reçu en tout plus de 0,50 de sulfarsénol et 10 cc. de lait sous-cutané, X. reprit de l'embonpoint et s'améliora jusqu'à la disparition complète de tous les symptômes sauf la persistance d'une paresse pupillaire. Il demanda sa sortie au Tribunal Civil et l'obtint après expertise. Mais après quelques jours il rentra de lui-même à la Maison de Santé. Il était dans un état dépressif avec inquiétude continue, nosophobie, peur de la mort. Après des alternatives variables d'amélioration et d'aggravation, des épisodes d'onirisme terri-

fiant, ce malade est actuellement conscient de tout ce qui se passe autour de lui, continuellement préoccupé par son état de santé, du reste défectueux; il éprouve un véritable dégoût pour tout ce qui le passionnait naguère, détourne la tête quand on lui parle de politique ou d'action sociale; il refuse avec irritation de regarder même un journal et accepte à grand'peine les visites de sa famille. Il vit dans un état de mélancolie avec refoulement du monde extérieur, sa mémoire n'est pas plus mauvaise que celle d'un mélancolique banal; l'embarras de la parole n'est plus perceptible.

En dehors des syndromes artériels et des tabes, nous n'avons pas constaté parmi nos malades présents des psychoses syphilitiques sans ébauche de syndrome paralytique, quoique nous pratiquions la ponction lombaire très largement. R. Targowla (1) a bien étudié ces « états psychopathiques indépendants de tout affaiblissement intellectuel notable, associés ou non à des symptômes organiques frustes ou épisodiques ». Leur réaction au benjoin est souvent, mais non toujours, du type dit subpositif; elle s'améliore rapidement par le traitement sans devenir entièrement négative. Il serait fort intéressant de suivre pendant quelques années les malades de ce genre; en attendant il nous est permis de constater que chez certains paralytiques généraux améliorés, des formes semblables se réalisent.

En résumé, quinze pour cent de nos malades en traitement après un essai loyal de Paralysie générale, si l'on nous permet cette expression, ont réalisé une forme psychosique n'ayant que de très loin l'aspect de la maladie de Bayle. Cette forme spéciale est encore proportionnellement plus fréquente chez les malades sortis en rémission. Les uns rectifient leurs idées de grandeur et peuvent passer pendant des années pour de simples hypomaniaques; d'autres font plus volontiers des accès dépressifs avec préoccupations hypochondriaques; ce sont en somme des syndromes bien connus dans la P. G. mais dépouillés de tout aspect démentiel. Les délires avec idées de jalousie sont fré-

(1) R. TARGOWLA. — *Annales de Médecine*, sept.-oct. 1923.

quents. Quand ces états d'excitation ou de dépression récidivent ils font penser nécessairement à la psychose périodique.

Un ancien spécifique fait en 1917 à 55 ans un accès d'excitation intellectuelle avec loquacité, désordre des idées, projets extravagants, euphorie, idées de satisfaction et de capacité exceptionnelle, absence de toute critique... *irrégularité et paresse pupillaire, tremblement, dysarthrie* (Séglas). Après traitement par le mercure et phase dépressive, ce malade sort en janvier 1918 paraissant guéri. En septembre 1924, il rentre à la Maison de Santé dans le même état que lors de son premier internement. Il présente de l'excitation intellectuelle, des idées absurdes de grandeur, du tremblement de la langue et des lèvres et une dysarthrie très nette surtout pendant les phases d'excitation. Les résultats de la ponction lombaire sont: Lymphocytes 16, W +, Benjoin 11221.22210.00000. Traité par le sulfarsénol ce malade maigrit, s'agite, fait une légère hyperthermie continue dans les environs de 38° et finalement, après une courte phase dépressive, s'améliore très nettement et sort.

Les cas de ce genre qui ne sont pas très rares ne doivent pas être pris pour des psychoses périodiques coexistant avec la syphilis encéphalique. Les symptômes positifs tels que *dysarthrie*, tremblement accentué de la langue et des lèvres, les caractères spéciaux du délire ne peuvent prêter à confusion. Nous signalons à cet égard une observation très instructive présentée à la Société de Psychiatrie, le 15 mai 1921 (1). De 1909 à 1914 tous les médecins avaient affirmé la réalité de la P. G. pour ce malade; de 1914 à 1921, le sujet resta dans un état de rémission avec réduction à 4 de la lymphocytose et disparition du W. dans le liquide céphalo-rachidien. Au cours d'une nouvelle présentation en 1921, tous les aliénistes qui prennent part à la discussion écartent le diagnostic de P. G. pour admettre la coexistence d'une syphilis encéphali-

(1) Voir Thèse Louis PARANT (1922) et Communication LHERMITTE et PARANT. — *Centenaire de Bayle*.

que guérie et d'une psychose périodique en évolution ; le malade fait, en effet, un accès dépressif. Et cependant quelques mois plus tard l'examen histologique peut être pratiqué et Lhermitte trouve « dans l'écorce frontale et même dans le corps calleux des lésions méningo-vasculaires typiques de l'encéphalite paralytique ». Les lésions étaient cependant moins intenses et moins généralisées que dans la P. G. à évolution ordinaire. Pourquoi le diagnostic avait-il été rectifié à tort à la Société de Psychiatrie ? Par respect pour le dogme qui veut que la P. G. véritable (maladie de Bayle) soit : 1° un syndrome paralytique ; 2° qu'il évolue vers la mort en quelques années. Si le malade s'obstine à s'améliorer, soit spontanément, soit sous l'influence du traitement, on affirme qu'il est atteint de pseudo-P. G. syphilitique et l'on invoque des subtilités cliniques sans valeur sérieuse.

Voici quelques exemples de la qualité des arguments invoqués, toujours après plusieurs années quand l'évolution n'a pas été classique : le malade en rémission n'est pas un P. G. parce qu'il utilise matin et soir le métro où il se dirige seul, sans s'égarer, se tromper, ou subir un accident... ; l'écriture du malade est régulière, sans tremblement, etc. S'il faut attendre les énormes troubles du jugement que certains estiment nécessaires pour le diagnostic de P. G., il ne pourrait être fait qu'à la période de cachexie. Il est bien plus simple de se borner à dire : *au moment où apparaissent les éléments du syndrome paralytique le plus typique l'examen clinique ne permet pas d'affirmer que nécessairement la maladie évoluera vers la mort en quelques années. Dans quelques cas assez rares elle peut durer 12-15 ans ou plus, pendant lesquels le malade peut avoir des rémissions presque complètes et reprendre son travail.* On ne compte plus les exemples de paralysies générales diagnostiquées sans hésitation ni réserve par les cliniciens les plus compétents et ayant subi une évolution très prolongée avec rémission plus ou moins complète rendant le diagnostic hésitant.

## EXAMEN BIOLOGIQUE

Les réactions du liquide céphalo-rachidien fournissent-elles quelques éléments d'appréciation supplémentaires ? L'albuminose, la lymphocytose, le B.-W. sont à peu près identiques dans les formes rapides ou prolongées de la syphilis encéphalique. Seules les réactions du benjoin et de l'or colloïdal doivent entrer en ligne de compte. Les auteurs étrangers en particulier attribuent une importance considérable au type dit paralytique de la réaction de Lange. De même on a décrit un type dit paralytique de réaction au benjoin. Nous reconnaissons que toutes les syphilis vasculaires du cerveau observées (hémiplégie-aphasie), présentaient une précipitation du benjoin très différente de celle des P. G. (00100.11000.0000, par exemple). Mais d'autre part :

1° Chez deux paralytiques généraux cliniquement typiques ayant évolué vers la cachexie et la mort dans un délai normal nous avons trouvé après traitement intensif (l'un d'eux avant son entrée avait reçu des doses de 914 dépassant un gramme), les formules suivantes :

00000-22200.0000

et 01222.10000.0000 avec W —. Pandy et lymphocytose positifs.

2° Une de nos malades, dont nous avons parlé au début de l'article, présente avec syndrome clinique typique une formule de benjoin : 10221.11100.00000.

3° Certains auteurs, en particulier Anglade, père et fils, admettent l'existence de P. G. sans signes humoraux. En effet, tous les symptômes de l'affection sont d'ordre encéphalique et non méningé ; les tréponèmes sont situés non au voisinage de la méninge, mais toujours en pleine écorce grise, il n'y a aucune impossibilité à voir débiter les signes cliniques avant les signes humoraux qui peuvent ne jamais apparaître. Sous avons déjà signalé avec Dide qu'une première ponction lombaire négative n'élimine pas absolument le diagnostic de P. G.



4° Nos tabes avec troubles mentaux ont donné des réactions au benjoin à type dit paralytique.

5° Targowla rapporte des exemples de réactions complètes au benjoin qui, sous l'influence du traitement, sont rapidement devenues subpositives.

Pour l'or colloïdal, nous n'avons pratiqué qu'une douzaine de fois la réaction selon la technique de Sicard et Haguenau. Dans un cas nous avons obtenu un or entièrement décoloré dans les 3 tubes, un benjoin du type 22222.22222.11000, c'est-à-dire d'une intensité remarquable et cependant le sujet ne présentait qu'un état dépressif avec céphalée, amnésie de fixation et bradypsychie, conscience de sa maladie, pas d'embarras de la parole appréciable. Très amélioré mais non guéri par le traitement, ce malade est sorti depuis plusieurs mois sans modification de son liquide céphalo-rachidien. Si sa réaction à l'or eût été négative on aurait trouvé toute une série de bonnes raisons cliniques pour l'expulser du cadre de la P. G. De même un tabétique avec troubles mentaux rappelant la démence sénile avait un or positif.

Nous considérons comme exagérée, la tendance qui consiste à partir de définitions *a priori* et à affirmer, par exemple : « on appelle paralysie générale une syphilis encéphalique dans laquelle le Wassermann est toujours positif malgré le traitement ». C'est limiter la maladie de façon précise mais purement verbale. La nouvelle définition, d'après laquelle le Wassermann doit rester positif pendant deux ans indique la fragilité de la première et ne nous paraît pas plus séduisante. Quant à la réaction à l'or, il est à craindre qu'elle ne subisse aussi quelques rectifications puisque la spécificité de la réaction paralytique de Lange est discutée.

Nous contestons simplement que les réactions à l'or et au benjoin permettent le diagnostic entre une affection appelée P. G. et une autre appelée syphilis cérébrale diffuse (les méningites précoces et les lésions en foyer exclues). Nous pensons que ces réactions de floculation indiquent simplement l'intensité actuelle du processus spécifique, ce qui ne préjuge rien des lésions déjà irrémédiablement acquises ou des recrudescences

à venir. Les réactions à type dit non-paralytique doivent seulement donner un peu plus d'espoir ; et encore nous ne pensons pas que, quant à la guérison vraie, il y ait beaucoup plus à attendre actuellement de la syphilis diffuse que de la P. G. ; elle évolue plus lentement et c'est tout. Dans les cas intermédiaires les réactions biologiques sont souvent intermédiaires et variables dans le temps.

### HISTOLOGIE

Reste le terrain histologique. Il est facile d'opposer en un tableau une série de différences entre la syphilis diffuse et la P. G. Mais quand on s'aperçoit qu'il s'agit simplement de questions de degré on devient sceptique. Dans la première l'infiltration est discrète avec rares plasmocytes, dans la P. G. elle est abondante ; dans la syphilis les cellules en bâtonnet sont rares, dans la P. G. elles sont fréquentes, etc... Si l'on veut plus de précision on trouve que pour certains auteurs (voir d'Hollander et Rubbens ; E., mai 1925), l'infiltration par des lymphocytes purs ne se trouve pas dans l'encéphalite paralytique *habituelle* (?), de même les cellules plasmatiques dégèrent rarement en corps nuriiformes, etc. On élimine encore de la P. G. les lésions inflammatoires intenses. Dans la pratique les lésions des divers P. G. sont très irrégulières en intensité, depuis une infiltration périvasculaire très discrète jusqu'à d'énormes manchons ; de plus on constate des variations régionales considérables et des associations de lésions : infiltration à plasmocytes, à lymphocytes, prolifération des cellules de la paroi vasculaire, endartérite, infiltration irrégulière avec gommès miliaires (Jacob). Dans la plupart des cas douteux le diagnostic histologique est aussi hésitant que le diagnostic clinique et humoral. Lhermitte a insisté dans son rapport de 1922 sur ce fait, que dans la P. G. prolongée, la prolifération périvasculaire est très réduite et la sclérose des capillaires et des artérioles plus accentuée.

Chez un de nos P. G. typique, traité, ayant fait une fièvre continue d'au moins cinq mois (38°-38°3 chaque

soir) dans un grand nombre de pièces de l'écorce frontale gauche, on aurait pu croire à une forme de Nissl-Alzheimer; aucune infiltration péri-vasculaire dans la plupart des coupes, prolifération des cellules de la paroi vasculaire, zones de désintégration tout autour du capillaire épaissi comme on en voit dans les encéphalites léthargiques chroniques. Par contre, dans beaucoup de pièces de l'écorce frontale droite, nous trouvons de nombreux manchons caractéristiques avec plasmocytes classiques. Les spirochètes typiques en pleine substance grise sont rares mais incontestables, quoique le patient soit mort en ictus avec hyperthermie à 39°-40° pendant plusieurs jours.

Ces considérations suffisent pour montrer la multiplicité des aspects histologiques des diverses variétés de P. G. Nous croyons enfin que chez le même malade, suivant les phases évolutives de la P. G. l'aspect histologique varie, comme peuvent varier les signes humoraux. Nous avons insisté au point de vue clinique sur ces malades qui, ayant débuté par un syndrome paralytique typique s'arrêtent et deviennent tout à fait semblables à des déments précoces (Capgras, Marchand, Abély), à des périodiques en rémission, à des mélancoliques, à des délirants systématisés; ce sont les formes psychosiques prolongées. Pourquoi ne pas admettre que le processus inflammatoire, pour une raison inconnue ou sous l'influence du traitement, s'arrête, se transforme avec le temps en simple sclérose vasculaire; il peut reprendre après rémission. Nous savons que les P. G. stationnaires ou prolongés sont relativement peu inflammatoires; nous savons aussi que l'aspect de l'encéphalite léthargique chronique avec ses désintégrations périvasculaires est tout différent de l'infiltration plasmatique de l'encéphalite aiguë.

Le point de vue bactériologique est d'ordinaire exprimé de façon paradoxale. « Dans la syphilis encéphalique on ne trouve pas de spirochètes, on en trouve dans la P. G. »

Nous nous permettons de faire remarquer qu'avant d'affirmer l'absence de spirochètes dans un cas donné il faut être bien sûr de sa technique. Nos premières recherches dans 4 cas par les méthodes de Jahnke et

de Manouelian, malgré l'examen de centaines de coupes, ne nous avaient donné aucun résultat ; depuis que nous fixons directement à la pyridine selon les recommandations de Pachéco nous avons trouvé des spirochètes typiques dans les 3 cas examinés. Or, d'après les recherches de Hermel (sur 100 cerveaux de P. G.), dans les P. G. stationnaires le spirochète n'a pu être mis en évidence qu'une seule fois, alors qu'on le trouve dans toutes les autres formes. Voilà encore un caractère distinctif entre la syphilis cérébrale et la P. G. dont la valeur est bien discutable.

En résumé :

En présence d'un syndrome paralytique atypique avec réactions sérologiques positives, le diagnostic entre syphilis cérébrale et P. G. est artificiel.

Il s'agit d'une forme intermédiaire (améliorée, prolongée, intermittente, psychosique).

Les réactions colloïdales du liquide céphalo-rachidien indiquent seulement l'activité actuelle du processus. La distinction entre des courbes de précipitation à type paralytique et syphilitique est excessive.

L'examen histologique des syndromes paralytiques atypiques correspond aussi à des formes de transition, plus près cependant de la P. G. que de l'endartérite de Nissl-Alzheimer.

Dans un certain nombre de cas le processus inflammatoire réalisant le syndrome paralytique peut s'éteindre. La P. G. n'est pas alors progressive mais stationnaire.

Souvent ces P. G. stationnaires prennent l'aspect de psychoses (démence précoce, mélancolie, psychose intermittente, délires systématisés).

Le traitement par le sulfarsénol et les pyrétogènes nous paraît rendre fréquentes ces formes stationnaires.

# TYPHOÏDE ET VACCINATION ANTITYPHOÏDIQUE

## dans un Service d'Aliénées

PAR

M. DESRUELLES

et

M. BOUVIER

Médecin-chef

Interne

du Service des femmes à l'Asile public d'aliénés de Saint-Ylie

La vaccination antityphoïdique, pratiquée avec précautions, c'est-à-dire chez des sujets sains, est inoffensive et c'est la meilleure mesure prophylactique contre la typhoïde dans les agglomérations d'individus telles que les asiles. C'est là une vérité banale ; et cependant malgré l'expérience favorable faite au début de la campagne du Maroc, malgré l'expérience exceptionnelle et probante faite dans les armées alliées ou ennemies pendant la dernière guerre, malgré les statistiques de M. Crouzon (1) et ses conclusions très affirmatives, malgré un vœu de l'Académie de médecine en 1922, il semble que la vaccination antityphoïdique ne soit pas entrée dans les mœurs, qu'elle soit peu pratiquée dans la population civile, en particulier chez les femmes, et ce qui nous intéresse spécialement dans les Asiles d'aliénés. A notre connaissance il semble que notre service d'aliénées soit le premier où l'on ait procédé d'une façon complète à cette vaccination « qui (écrit M. l'Inspecteur général Raynier, dans son remarquable rapport de 1923) mériterait de passer dans la pratique des Asiles... L'Inspection générale n'a noté qu'une seule initiative dans ce sens, assez restreinte ». C'est pourquoi nous pensons digne d'intérêt de rapporter dans

---

(1) M.-O. CROUZON. — Note sur le fonctionnement du centre de vaccination anti-typhoïdique de la Salpêtrière. — Extrait du *Bulletin de l'Académie de Médecine*, séance du 24-1-1922. Voir *Presse médicale*, n° du 6 mai 1922, article : Vaccination antityphoïdique du personnel hospitalier de Paris.

cet article l'histoire d'une petite épidémie de typhoïde dans notre service, la façon classique d'ailleurs, dont nous avons procédé pour nos vaccinations, leur statistique et leurs résultats.

**FIÈVRE TYPHOÏDE.** — Pendant l'été 1923 nous avons noté dans divers quartiers, 14 cas de diarrhées peu graves, sans fièvre et cédant après une purgation saline. Elles pouvaient être attribuées à ce que certaines malades avaient mangé trop de fruits crus. Mais, ce qui devint plus inquiétant, ce furent 8 cas d'embarras gastrique fébrile constatés : 2 dans la première quinzaine de juillet, 3 dans la seconde quinzaine alors que nous observions une malade suspecte de fièvre typhoïde. En septembre, 3 cas d'embarras gastrique fébrile et 2 cas de fièvre typhoïde. Le 20 octobre 1 cas, le 21, 2 cas de fièvre typhoïde.

Soit en 2 périodes :

En juillet : 5 cas d'embarras gastrique fébrile, 1 cas de typhoïde.

Fin septembre et octobre : 3 cas d'embarras gastrique fébrile, 5 cas de typhoïde.

Au total, 8 cas d'embarras gastrique fébrile, 6 cas de typhoïde.

Ces observations d'embarras gastrique sont toutes semblables : malaises, nausées, vomissements, parfois diarrhées avec coliques violentes et fièvre atteignant 39°, et ne durant que 3 ou 4 jours.

D'autre part, la première malade atteinte de fièvre typhoïde présentait une forme anormale, le tracé de la température très capricieux à grandes oscillations, et seul un séro-diagnostic de Widal positif nous a permis d'affirmer qu'il s'agissait bien d'une typhoïde. De même pour le cas suivant qui eut au début l'allure d'un embarras gastrique et dont le diagnostic tardif ne fut certain que par une séro-agglutination positive. Chez les autres malades, le diagnostic fut plus facile : lèvres fuligineuses, langue saburrale, ulcération des piliers, hépato-spléno-mégalie, tâches rosées, etc..., mais tracé de température à grandes oscillations. De l'avis de M. le Médecin-Inspecteur Lannes (que nous remercions

ici des précieux conseils qu'il a bien voulu nous donner pour tenter de rechercher les causes de cette épidémie et qui nous a encouragés à pratiquer la vaccination en nous signalant toutes les précautions que nous devons prendre pour éviter les accidents), on pouvait penser à une relation entre les typhoïdes, les embarras gastriques et les diarrhées que l'on pouvait considérer comme des formes atténuées et frustes. Le séro-diagnostic de Widal est positif dans les 6 cas de typhoïde franche. Il est négatif dans les cas de diarrhée ou d'embarras gastrique, ce qui nous permet d'affirmer qu'il ne s'agissait pas là de formes atténuées de fièvre typhoïde.

PROPHYLAXIE. — Comme première mesure immédiate pour éviter la propagation de cette épidémie, nous avons décidé la stérilisation de l'eau de boisson. L'ébullition était d'une réalisation difficile, sauf pour le pensionnat. Pour les quartiers nous avons préféré la javellisation, et les malades se sont très facilement accoutumées au petit goût d'eau de Javel. Puis nous avons groupé les malades atteintes de typhoïde dans deux salles d'un même quartier et pris les mesures nécessaires et très strictes pour le transport de leur linge dans des sacs spéciaux à l'étuve, et pour la désinfection de leurs selles.

TRAITEMENT CLASSIQUE. — Balnéothérapie froide à laquelle l'une de nous est fidèle depuis son externat dans le service du Professeur Lemoine (Lille). Aucun décès.

VACCINATION. — Dès le début d'octobre 1923 nous avons pensé à vacciner tout le service pour enrayer l'épidémie commençante. Nous avons décidé de ne pas vacciner les femmes âgées de plus de 50 ans, la typhoïde étant exceptionnelle à cet âge et sur les conseils de M. le Médecin-Inspecteur Lannes, nous avons éliminé toutes celles qui étaient soit chétives, ou atteintes de lésions pulmonaires cardiaques ou rénales. D'où la nécessité d'examiner individuellement toutes les malades à vacciner : auscultation complète et examen des urines, ce qui fut fait pour 342 aliénées. A

noter que nous n'avons pas considéré la paralysie générale comme une contre-indication.

Nous avons choisi le vaccin TAB (triple typhoïde et para-typhoïde A et B), chauffé, n° 2, du Professeur Widal, préparé à l'Institut Pasteur, et nous n'avons pratiqué qu'une seule injection de 1 cc. 1/2. C'est le vaccin et la technique employés dans les centres de vaccination de l'Assistance publique et par M. Crouzon (1), dans son service de la Salpêtrière ou depuis 1912, 5.178 infirmières furent vaccinées et où sur 1.739 vaccinées qui ont pu être suivies, un seul cas de typhoïde a été observé.

Le tableau ci-dessous donne la statistique de cette vaccination.

*Vaccination antityphoïdique, octobre-novembre 1923*

QUARTIERS	POPULATION	CONTRE-INDICATION		VACCINÉES	TEMPÉRATURE AXILLAIRE		
		Agé plus de 50 ans	Mauvais état de santé		Pas de réaction fébrile	Fièvre moyenne	Plus de 39°
Pensionnat	74	40	3	31	5	26	»
1 <sup>er</sup> quartier.	62	22	2	38	10	28	»
2 <sup>e</sup> —	91	48	4	39	1	37	1
3 <sup>e</sup> —	69	24	6	39	1	36	1
4 <sup>e</sup> —	65	33	19	13	»	12	1
5 <sup>e</sup> —	92	22	6	64	»	58	6
6 <sup>e</sup> —	88	39	3	46	12	34	»
7 <sup>e</sup> —	60	31	8	21	1	20	»
Total...	601	250	51	291	30	252	9
Personnel.	51	30		21	»	20	1

En octobre 1923 : population, 601. Vaccination, 291. 30 sans réaction fébrile ; 252 avec une fièvre moyenne (+ de 37° et — de 39°) ; 9 ayant une température axillaire ayant atteint ou dépassé 39°, une seule a eu 40°. Aucun accident ni incident.

(1) *Loco citato.*



Une circulaire ministérielle du 27 mars 1922 invitait les médecins à procéder à la vaccination antityphoïdique du personnel hospitalier, réalisant un vœu de l'Académie de Médecine émis dans sa séance du 7 mars. Malgré notre propagande auprès des infirmières nous nous sommes heurtés à cette époque à de telles résistances, que nous avons préféré temporiser : certaines d'entré elles auraient quitté l'asile plutôt que de se laisser vacciner. En octobre 1923, à propos des cas de typhoïde apparus dans le service, nous avons fait au personnel deux conférences sur la typhoïde et la vaccination. Nous leur avons lu des statistiques militaires, et la statistique de M. Crouzon portant sur la vaccination de 5.278 infirmières a levé les dernières résistances. Sur un personnel de 50 femmes, dont 30 étaient contre-indiquées en raison de leur âge ou de leur état de santé, 20 ont été vaccinées. Aucun ennui. Un incident qui mérite d'être relaté, pour la rareté du fait : une infirmière qui dissimulait (1), une grossesse à terme a été vaccinée la veille d'un accouchement (qui prévu aurait été une contre-indication) : accouchement normal d'un enfant bien portant. Aucune suite fâcheuse. Quelques jours après le séro-diagnostic était positif pour la mère et négatif pour l'enfant. Nous ne connaissons aucune observation semblable de vaccination *pré-partum*.

Depuis nos vaccinations nous n'avons plus vu un seul cas de typhoïde ; ce qui est plus remarquable et ne peut pas être qu'une coïncidence, nous n'avons pas observé pendant l'été 1924 de diarrhées et nous n'avons noté qu'un seul cas d'embarras gastrique fébrile, mais chez une malade entrée fin juin 1924 et non vaccinée. Il semble donc que la vaccination trivalente ait eu pour effet de rendre l'intestin de nos vaccinées plus résistant même aux infections colibacillaires banales.

Nous avons décidé de continuer la vaccination des entrantes d'une façon systématique et dans l'avenir

---

(1) Les traités de médecine légale citent des cas semblables et relativement fréquents où des primipares ont pu dissimuler même à leur entourage immédiat une grossesse jusqu'à son terme... et accoucher clandestinement.

nous vaccinerons tous les 6 ans tout le service à une dose d'entretien de TAB, de 1 cc.

En juin 1924 nous avons vacciné les malades entrées depuis novembre 1923 et présentes dans le service, puis les malades qui avaient été atteintes autrefois de typhoïde et celles qui avaient eu l'été précédent de l'embarras gastrique fébrile ou une typhoïde caractérisée.

### Résultats :

#### *Vaccination de juin 1924*

Entrées depuis le 1-12-1923 et présentes le 17-6-1924

NOMBRE	CONTRE-INDICATION		VACCI-NÉES	TEMPÉRATURE AXILLAIRE		
	Mauvais état de santé	Âge plus de 50 ans		Pas de réaction fébrile	Réaction moyenne	Plus de 39°
51	8	13	30	8	21	1
Malades atteintes d'embarras gastrique, de typhoïde en 1924 ou auparavant						
17	3	(So:tie) 1	13	2	11	»
Totaux ..			43	10	32	1
Personnel. — Infirmières entrées depuis décembre 1923						
14	1	»	13	»	12	1

Comme en novembre 1923, pas d'accident.

Sur 56 vaccinations, 10 sans réaction fébrile, 44 avec une réaction moyenne (+ de 37° et — 39°), 2 à réaction forte (+ de 39°).

Il nous paraît intéressant de publier les réactions de typhiques dont l'affection fut antérieure à 1923.

Séro-diagnostic en 1923	1924	Réaction
B.....N +	vaccinée	Réaction fébrile moyenne
R.....A —	vaccinée	id.
B.....T +	vaccinée	id.
P.....L —	vaccinée	id.
M.....N —	vaccinée	id.
T.....T —	contre-indiquée (t. p.)	

*Embarras gastriques fébriles en 1923*Séro-diagnostic  
en 1923

B.....D	—	Séro- diagnos- tics tous négatifs	vaccinée	Pas de réaction fébrile
C.....N	—		vaccinée	Réaction fébrile moyenne
L.....R	—		vaccinée	id.
G.....Y	—		vaccinée	Pas de réaction fébrile
B.....D	—		contre-indiquée	(albuminurie)
B.....T Typhoïde en 1917, habitant la zone des armées, vaccinée en 1918. Séro-diagnostic positif en 1923. Revaccinée TAB 1 cc. 1/2, en juin 1924. Réaction fébrile faible (maximum 37°8).				

*Typhiques de 1923*

Séro-diagnostic		Juin 1924		Réaction
E.....R	+	tous positifs	vaccinée	Réaction maxima 38°8
B.....T	+		vaccinée	id. 38°3
G.....T	+		vaccinée	id. 38°
M.....R	+		vaccinée	id. 38°1
B.....D	+		contre-indiquée (ictère)	
C.....N	+		sortie	

Toutes les typhiques atteintes en 1923 ont réagi au vaccin triple.

B.....t atteinte de typhoïde en 1917, vaccinée en 1918 d'un vaccin peut être monovalent, à séro-diagnostic positif en novembre 1923, a réagi en 1924 au vaccin triple.

Par contre les embarras gastriques dont le séro-diagnostic en 1923 était pourtant négatif n'ont réagi peu ou même pas au vaccin triple.

Les typhiques atteintes il y a quelques années ont toutes réagi au vaccin triple : aucune n'a fait de forte réaction fébrile.

Au point de vue particulier de la vaccination anti-typhoïdique dans un service d'aliénés, il n'y a pas de difficultés spéciales. L'examen physique complet des malades avant la vaccination, nécessaire, est un peu long. Il a l'avantage d'obliger le Médecin à faire une sorte d'inventaire précis de tous ses malades et nous avons trouvé quelques cardiaques et albuminuriques ignorées. Par contre nous n'avons dépisté aucun cas inconnu de tuberculose.

Nous avons retenu pour l'avenir qu'il était utile de laisser à la diète depuis la veille à midi les malades à vacciner, pour éviter des nausées et des vomissements souvent pénibles. Nous avons remarqué que dans la plupart des cas, les agitées, qui gesticulaient beaucoup après leur vaccination, avaient des réactions fébriles assez fortes, alors que les malades calmes qui restaient alitées sans bouger, n'avaient que des réactions moindres, et se plaignaient moins le lendemain de la douleur dans l'épaule. Nécessité pour toutes de l'alitement pendant deux jours après la vaccination.

L'influence de cette vaccination sur l'état mental nous paraît nulle. Nous pouvons affirmer que nous n'avons constaté à ce point de vue aucune aggravation et que, même les persécutées, ont accepté assez facilement les inconvénients de cette intervention. D'après les travaux de Wagner von Jauregg, de Böck, de Biswanger (1) qui ont traité les psychoses par la fièvre artificiellement provoquée par des toxines microbiennes, nous espérons constater des améliorations. Bien que R. Lafargue (2) ait cité des cas de psychoses chroniques nettement améliorées par la vaccination antityphoïdique, nous n'avons observé aucun cas d'amélioration qui puisse être attribué au choc humoral vaccinal. Seule une mélancolique anxieuse a été plus calme sitôt vaccinée, et est sortie guérie. Ce cas unique n'est peut-être qu'une coïncidence.

Par contre, nous résumons ci-après l'observation d'une épileptique avec excitation maniaque : la guérison de l'état mental et névrosique a coïncidé avec l'évolution de la fièvre typhoïde.

C....n, 26 ans, épileptique depuis l'âge de 2 ans, entrée le 24-3-23, présentant un état d'agitation maniaque avec excitation motrice et verbale, désordre des actes, loquacité, incohérence et des crises fréquentes d'épilepsie (onze pendant la première quinzaine de son séjour). Nous ordonnons du bromure, 1 gr., puis 2, 3, 4 gr. Sans résultat jusqu'à la fin d'août 1923. Crises aussi nombreuses, agitation continue malgré l'alité-

(1) Cités par RÉGIS, édition de 1923, p. 1.018.

(2) Cité par RÉGIS, édition de 1923, p. 52 (thèse Bordeaux, 1921).

ment et la balnéation. En septembre-nous prescrivons 0,05 ctgr. de gardénal, pas d'amélioration appréciable, lorsque le 24 septembre elle commence une fièvre typhoïde. Immédiatement suppression des crises, mais l'agitation persiste pendant les deux premières semaines ; peu à peu elle est tranquille, raisonnable et lorsqu'elle entre en convalescence, elle est normale au point de vue mental. Nous n'avons osé supprimer le gardénal pendant la durée de la maladie, nous nous décidons de le suspendre le 29 novembre. Les crises ne réapparaissent pas. Elle n'est sortie qu'en janvier 1924 parce que nous avons voulu la remonter physiquement. Depuis nous avons eu de ses nouvelles, nous l'avons revue en été 1924, calme, normale, n'ayant plus eu de crises d'épilepsie. Cette guérison complète d'une épilepsie datant de plus de 25 ans, et de troubles maniaques consécutifs ou coexistants paraît devoir être attribuée à l'infection éberthienne, mais non vaccinale.

Nous avons vacciné 8 femmes atteintes de paralysie générale que nous n'avons pas considérée seule comme une contre-indication. Sept réactions fébriles faibles, très faibles, et une sans réaction. Il serait imprudent de commenter ces faits : les observations ne sont pas assez nombreuses.

Pour conclure, nous pouvons affirmer qu'après avoir vacciné contre la fièvre typhoïde par la méthode classique 365 femmes dont 334 aliénées nous n'avons eu aucun ennui, et comme nous l'écrivions plus haut nous avons pu enrayer net un commencement d'épidémie et voir même la disparition presque complète des embarras gastriques fébriles et des diarrhées.

---

---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

SÉANCE DU LUNDI 27 JUILLET 1925

Présidence : M. ROUBINOVITCH, Président

M. X. Abély, membre correspondant, assistait à la séance.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

La correspondance comprend :

une lettre de Mme Minkowska, remerciant la Société de l'avoir nommée membre correspondant ;

une lettre de M. le D<sup>r</sup> X. Abély, remerciant la Société de lui avoir décerné le prix Belhomme ;

une lettre du Docteur Frédéric-J. Farnell, M. D. neurologue et psychiatre, Providence (R. I.), Etats-Unis, qui présente sa candidature au titre de membre associé étranger de la Société. Une commission est nommée, composée de MM. Semelaigne, Henri Colin, René Charpentier, rapporteur.

## Un cas d'hypochondrie justifiée

Le D<sup>r</sup> A. Marie présente les pièces anatomiques d'un cas d'*invagination progressive de l'intestin grêle*, dans le voisinage de l'appendice iléo-cœcal ; il s'agit d'un malade entré à l'asile en août 1920 et décédé en mai 1924 sous l'étiquette « Cachexie ». Ce malade a des antécédents héréditaires chargés, alcoolisme du père et des deux grands-pères, 4 cousins soignés pour troubles mentaux, 1 cousine internée. Il était entré en proie à une excitation violente, il proféra alors des

menaces contre les siens et, dans sa phase d'excitation hypomaniaque, s'occupa d'anarchie avec Cotin (lors de l'attentat contre Clemenceau).

Wass. — Il fut cependant envisagé comme tabès fruste, en raison de ses plaintes vives et persistantes de crises douloureuses intestinales. Plusieurs fois soumis par nous aux examens des chirurgiens il fut, sur notre demande, radiographié sans résultat en mars 1922 : « six heures après repas opaque estomac vide ; traversée digestive normale, le repas est dans le grêle et la région cœcale. Nouvelle prise de gélobarine, estomac en corne de bœuf (sans images lacunaires), un peu paresseux mais mobile par la manœuvre de corsets et la palpation ; celle-ci réveille les contractions, l'évacuation est normale ; zones épigastriques et abdominales douloureuses sans point particulièrement précis. En *decubitus*, estomac transversal dépassant la ligne médiane, bien remonté, s'évacuant bien ; sensibilité des régions épigastrique et abdominale. Pas de point précis. »

Il est décédé, vu les examens constamment négatifs de la chirurgie et de la radiographie comme de cachexie par suite d'une mélancolie hypochondriaque ! Les plaintes relatives à son intestin entraînèrent l'emploi constant d'hypnotiques et opiacés sans aucun succès.

A l'autopsie, il s'avère qu'il s'agissait d'une hypochondrie justifiée par des adhérences péritonéales (brides au niveau de l'appendice), ces obstacles amenèrent l'invagination finale et obstruction mortelle.

Il en est de ces hypochondries justifiées comme des mélancolies légitimes de Lasègue, il faut les connaître et faire connaître pour qu'on les dépiste et que la chirurgie curative les puisse sauver.

La Société M.-P. m'ayant fait l'honneur de me déléguer avec le Dr Adam, de Rouffach, à la 67<sup>e</sup> réunion des psychiatres suisses de Zurich en 1924, nous avons rédigé le compte rendu du Congrès. Le Dr Adam l'a publié aux *Annales Médico-Psychologiques*, n° 1 de

1925, page 88, tandis que le mien paraissait dans les *Archives de Neurologie* (1).

Le rapport du P<sup>r</sup> Hoche de Fribourg portait ainsi sur la malariathérapie de la P. G. et j'en rendais compte comme entièrement favorable à la méthode.

---

(1) Voici comment je m'exprimais, in *Archives Neurologie* du 1<sup>er</sup> janvier 1925 :

C'est au professeur Hoche (Fribourg-en-Brisgau) qu'incombait la tâche difficile de soumettre à l'expérience des faits une méthode de traitement de la paralysie générale préconisée par M. Wagner von Jauregg (Vienne) ; ce savant inocule à ses paralytiques, deux maladies du sang, la malaria et la fièvre récurrente, qu'il est possible de guérir au moment voulu ; sous l'influence de ces infections surajoutées, les forces défensives du paralytique général s'exaltent, son état s'améliore ; dans certains cas, l'affection mentale est enrayée ; le dément récupère sa vigueur intellectuelle, il sort de l'asile et reprend son activité.

Le professeur Hoche, dans son rapport très prudent, rappela la déconvenue de la tuberculine de Koch et le danger des enthousiasmes thérapeutiques prématurés. Pour lui, tous les symptômes transitoires délirants ou névropathiques de la P. G. sont d'origine toxique. La prophylaxie de la P. G. doit être spécifique, mais après l'échéance de la périméningo-encéphalite confirmée, la médication purement spécifique est inutile même par injections intramédullaires ou cérébrale (méthode de Gennerich). Il faut avoir recours alors aux médications autres, telles que celles de Wagner von Jauregg.

Expérimentalement, il est démontré que les lapins syphilités peuvent être stérilisés par la chaleur. Par conséquent, les méthodes pyrétiques sont formellement indiquées.

L'auteur ne croit pas que la malaria agisse sur la syphilis habituelle de l'homme de façon favorable, bien que Finger ait utilisé la fièvre artificielle pour suractiver la médication spécifique à la période secondaire. Au point de vue prophylactique de la P. G. Hyrle, au Congrès d'Insbruck, a développé la nécessité des traitements spécifiques prophylactiques renforcés par la fièvre provoquée ; des auteurs syphiligraphes italiens partagent cet avis. Mais Hoche, s'appuyant sur l'expérience des médecins coloniaux, rappelle les aggravations de la syphilis dermatophile chez certains paludéens. Il réserve donc l'action pyrétique pour les P. G. La meilleure, selon lui, est celle qui consiste à l'inoculation du sang de malarique, selon la pratique de Wagner. Il ne s'agit pas, bien entendu, de guérison, mais de rémissions à multiplier et stabiliser. Il a obtenu en ce sens des résultats personnels pleinement encourageants.

Les rémissions sont plus stables et plus fréquentes depuis qu'il emploie la méthode citée. Celles obtenues par Weygandt, sur 300 cas, égalent 38 0/0 de retour à la capacité de travail.

Conclusion : C'est un devoir de traiter les P. G. par la malariathérapie.



Mon excellent confrère et ami, le Dr Adam, l'interpréta en sens diamétralement opposé (1). Etant moi-même partisan de la méthode, j'ai craint d'avoir pris mes désirs pour réalités et, le rapport ayant été exposé en Allemand, je me demandai s'il avait été bien compris et traduit par nous ?

Lequel avait trahi la pensée de l'auteur ?

J'ai reçu seulement hier réponse à la question par notre excellent collègue Demole, de Zurich, dont je me borne en finissant à citer la lettre pour clore l'incident, lequel ne saurait en rien atteindre la bonne foi de notre excellent ami Adam de Rouffach.

*Voltastrasse, 30, Zurich.*

De retour des vacances je trouve votre lettre. Peut-être n'est-il pas trop tard pour y répondre. Vous avez raison. Votre compte rendu correspond absolument au résumé que M. Hoche a tracé de sa main, résumé que j'ai sous les yeux, qui finit par ses paroles : « *c'est un devoir pour tout médecin de tenter une cure malarique chez ses paralytiques généraux* » (2).

Aussi M. Adam a-t-il mal compris la pensée de M. Hoche en affirmant en janvier 1925, dans le n° 1 page 88 des *Annales Médico-Psychologiques* le contraire de ce que vous avez écrit, je m'en porte garant.

Avec mes regrets de répondre tardivement à votre lettre, je vous prie d'agréer mes meilleures salutations.

Dr V. DEMOLE.

---

(1) *Annales médico-psychologiques*, p. 88, n° 1, janvier 1925.

(2) *In praktischer Hinsicht ist der Psychiater nicht um berechtigt sondern vielleicht verpflichtet bei Paralys einen Versuch mit diesen Behandlungsmethoden zu machen* ». (Comptes rendus Soc. Suisse de Psych., 15 nov. 24, p. 29).

## Hypermnésie étrange chez un dément précoce

Par le D<sup>r</sup> PAILHAS (d'Albi)

Le malade auquel se rapporte ma communication (1) est âgé de 45 ans. Il fut admis au quartier des hommes de l'asile d'Albi, le 1<sup>er</sup> juillet 1919, accompagné du certificat suivant : « Je soussigné, déclare que M. L. présente, depuis deux ans, un affaiblissement profond de ses facultés. Antérieurement, M. L., quoique d'une intelligence inférieure, avait cependant des choses de l'existence une notion suffisante pour se conduire et évoluer facilement dans le milieu familial. Doué d'une bonne mémoire, il se livrait, en effet, à la lecture des classiques, en particulier de l'histoire, et possédait à un degré moyen les connaissances du calcul usuel. Il avait enfin une conscience très nette de sa personnalité et marquait très judicieusement sa volonté quand il le jugeait à propos. Aujourd'hui, M. L. est, au point de vue intellectuel, réduit à bien peu de chose : il ne sait plus se guider et vit exclusivement de la vie végétative, mangeant et buvant ce qu'on lui donne, sans se préoccuper de chercher lui-même sa nourriture. Dans la rue, il ne sait pas se garer et, s'il était seul, se laisserait facilement écraser par une voiture ou un tramway. En résumé, M. L., inconscient de ses actes, présente, à l'heure actuelle, tous les signes de l'idiotie complète. Il nécessite une surveillance constante et des soins particuliers qu'il est impossible de donner dans sa famille. »

Si nous apprenions, d'autre part que, vers l'âge de 13 ans, la mentalité de M. L. s'était gravement ressentie d'une atteinte de fièvre typhoïde, l'observation de l'asile ne faisait que confirmer les déclarations du médecin de la famille et caractériser un état de régression et d'infantilisme psychiques chez un malade essentiellement inactif, pauvre d'idéation, machinal,

---

(1) Communication destinée au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de 1925 et qui ne put être faite en raison d'un départ précipité.

aux petites manières d'enfant, docile et placide, au facies doucereux et monotone, n'ouvrant la bouche que pour répondre avec empressement aux questions posées, entièrement fermé à toutes préoccupations dépassant le cadre de ses ambiances immédiates et n'ayant guère conservé de son acquit scolaire que d'élémentaires notions de calcul, refaisant sans cesse les mêmes parcours ou stationnant longuement en des attitudes stéréotypées (tête inclinée en avant et les bras allongés le long du corps, etc.), venant, quand sonne l'heure de la visite médicale, retrouver sa même place, avec une précipitation toujours égale et tel qu'un « bonhomme articulé », ne s'irritant qu'accidentellement et toujours contre lui-même, à l'occasion d'accès de gâtisme qui paraissent l'humilier profondément et le portent à lacérer ses habits souillés.

Entre temps, M. L. s'était signalé auprès du personnel de surveillance par d'étonnantes aptitudes à retracer, avec les plus minutieux détails et à des années d'intervalle, le souvenir d'actes marquant chronologiquement sa vie ou celle de son entourage d'asile : incidents de quartier, y compris ceux caractérisant son gâtisme, promenades des uns, arrivées, mort ou départ des autres, menus des différents repas, etc.

Ainsi étais-je conduit à relever, à mon tour, de telles particularités, à en élargir l'exploration et, finalement, à les trouver on ne peut plus étranges.

A titre d'exemple, je me bornerai à consigner ici les résultats de l'un de mes plus récents interrogatoires, un jour que, disposant de vieux calepins agenda (l'un de 1905, l'autre de 1910), je pouvais, fort de ce moyen de contrôle, mettre une fois de plus à l'épreuve la mémoire de notre phénoménal sujet.

Donc, à brûle-pourpoint, et tout en ignorant moi-même à quelles données allaient correspondre mes questions, je les lui posai ainsi qu'il suit :

En 1905, sur quel jour de la semaine tombait la Toussaint ?

Réponse : Un mercredi.

— La Noël ?

Réponse : Un lundi.

— Le 29 octobre ?

Réponse : Un dimanche, fête de saint Narcisse.

— Le 6 novembre ?

Réponse : Un lundi, fête de saint Léonard.

— Le 8 décembre ?

Réponse : Un vendredi, fête de l'Immaculée-Conception.

— Le 25 décembre ?

Réponse : Un lundi, fête de Noël.

En 1910, sur quel jour de la semaine tombait le jour de Pâques ?

Réponse : Un dimanche, le 27 mars.

— Le Mardi-Gras ?

Réponse : Le 8 février.

— La Pentecôte ?

Réponse : Un dimanche, 15 mai.

Et cet ensemble de réponses, toutes parfaitement exactes et constamment accompagnées de la désignation patronymique du saint du jour, étaient énoncées du tac au tac, souvent à la seconde, sans réflexion apparente, sans efforts, comme par une sorte de déclenchement verbal, souligné d'un mouvement de tête affirmatif, alors qu'il était difficile de saisir une possibilité de calcul et que le malade, questionné à cet égard, déclarait simplement ne faire que « deviner ».

Or, il résultait encore de nos investigations que le champ mnésique de M. L., ainsi constitué dans ses grandes lignes, ne se bornait pas à remonter à chacun des jours écoulés depuis plus de vingt ans, mais qu'il empiétait sur les années à venir et se prolongeait, presque avec une même aisance, jusqu'aux derniers jours de l'année bissextile 1928, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par cet autre interrogatoire du mois d'avril 1925 :

A quel jour de la semaine correspond le 21 juin 1925 ? Réponse exacte : dimanche, fête de saint Louis de Gonzague.

Le 23 juillet 1925 ? R. *inexacte* : mercredi, sainte Apollinaire.

Le 5 août ? R. tout d'abord inexacte, puis presque aussitôt rectifiée : mercredi, saint Félix.

Le 11 septembre ? R. exacte : vendredi, saint Hyacinthe.

Le 27 octobre ? R. exacte : mardi, sainte Frumence.

Le 8 novembre ? R. exacte : dimanche, saintes Reliques.

Le 13 octobre ? R. exacte : dimanche, sainte Luce.

Le 1<sup>er</sup> janvier 1926 ? R. exacte : vendredi, Circoncision.

Le 15 février ? R. exacte : dimanche, saint Faustin.

Le 29 février ? Réponse : « Il n'y a pas de 29 février 1926. »

Le 8 mars ? R. exacte : lundi, saint Jean de Dieu.

Le 16 avril ? R. exacte : mercredi, sainte Fructure.

Le 3 mai ? R. exacte, mais un peu hésitante : lundi, saint Potin.

Le 2 juin ? R. exacte : mercredi, saint Barthélémy.

Le 24 août ? R. exacte : mardi, Sept-Douleurs de la Vierge.

Le 17 septembre ? R. exacte : vendredi, saint Lambert.

Le 24 novembre ? R. exacte : mercredi, saint Jean de la Croix.

Le 3 décembre ? R. exacte : vendredi, saint François-Xavier.

Le 25 janvier 1927 ? R. exacte : mardi, Conversion de saint Paul.

Le 4 mai ? R. exacte : mercredi, sainte Monique.

Le 12 juillet ? R. exacte : mardi, saint Gualbert.

Le 15 octobre ? R. exacte : Samedi, sainte Thérèse.

Le 2 décembre ? R. exacte : vendredi, sainte Aurélie.

A partir de mars 1928, les réponses étaient généralement erronées, et, lorsque au delà du 1<sup>er</sup> janvier 1930 je persistais à l'interroger, le malade, manifestement désireux de m'être agréable, hésitait, paraissait réfléchir et puis, autant que se renouvelaient les questions, répétait : « Je ne sais pas. »

En guise d'explication de ces phénomènes, faut-il invoquer une sorte de suppléance hypermnésique organisée dans les sphères infra-corticales de l'automa-

tisme psychique ? Eu égard à la très démentielle mentalité de M. L., bien mystérieux est le problème que soulève un cas de cet ordre et au sujet duquel je désirerais bien savoir s'il en fut jamais signalé de semblables.

### DISCUSSION

M. ARNAUD. — Je me souviens d'avoir entendu, dans une société de Psychiatrie, il y a quelques années, une communication qui relatait un cas analogue. L'on avait formulé l'hypothèse que le malade, grâce à son hypermnésie, avait appris le calendrier.

M. DUPAIN. — Un cas analogue existait autrefois à la colonie de Vaucluse, dont le médecin était alors notre collègue Blin. Le jeune malade, arriéré d'ailleurs, savait aussi trouver, sur de longues années, la concordance des dates et des jours. L'on a pensé qu'il avait eu la possibilité d'apprendre ces concordances dans des almanachs. En ce qui concerne la connaissance de telles concordances pour les années à venir, elle n'exclut pas la pratique d'un procédé de ce genre, et purement mnémonique. L'annuaire du Bureau des Longitudes contient ces données, établies à l'avance par calcul, et elles sont reproduites dans certains almanachs.

M. Henri COLIN. — Le jeune malade dont il est maintenant question fut présenté par le D<sup>r</sup> Blin à la Société Clinique de Médecine Mentale. La communication portait ce titre : Un imbécile calculateur. Il s'agissait, en effet, d'un jeune arriéré qui retrouvait de façon extraordinaire la concordance des dates et des jours de la semaine. Mais l'hypothèse d'un système de calculs faits par le malade ne fut pas du tout écartée, ainsi que l'indique le titre de la communication, à laquelle il serait intéressant de se reporter.

M. DUPAIN. — Pour le sujet dont on nous parle aujourd'hui, il serait curieux de connaître la nature de son instruction, et les milieux qu'il a pu fréquenter,

car les calculs dont je parlais tout à l'heure exigent une technique spéciale, connue depuis longtemps, mais qu'il n'est pas facile à quelqu'un de retrouver. Il est plus simple de supposer qu'il a jadis mis la main sur certains ouvrages où ces questions étaient traitées. J'ai vu récemment un exemplaire d'un livre remontant au dix-huitième siècle où se trouvent quelques indications, d'ailleurs imparfaites, sur ces calculs.

M. René CHARPENTIER. — L'observation de M. Pailhas est particulièrement intéressante. A première vue, il ne semble pas qu'il puisse s'agir d'un simple phénomène mnésique comme dans le cas que vient de rappeler M. Dupain en lui donnant cette interprétation.

Si, ici, le symptôme d'hypermnésie explique l'évocation immédiate par le sujet du nom du saint correspondant à une date donnée, nom qui reste le même chaque année, il n'en est pas de même pour la correspondance à diverses années de la date du mois et du jour de la semaine. Il y a là un phénomène, plus complexe, qui n'est pas un simple phénomène de mémoire, mais qui correspond à un système permettant le calcul rapide du décalage effectué d'une année à l'autre.

Le fait que le malade ne réussit pas ce calcul au-delà d'un certain nombre d'années pourrait être interprété comme un simple phénomène de fatigue si l'on s'en rapportait uniquement à la relation qui vient d'être donnée. Mais cette explication paraît insuffisante. Il semble plutôt que cette limitation corresponde à l'imperfection du système employé. Ceci peut permettre de penser que le sujet utilise non pas un des procédés savants permettant de réaliser l'opération, mais peut-être un système imparfait, plus simple, qu'il a pu combiner lui-même.

Il est vrai qu'on pourrait se demander aussi si le malade ne se contente pas d'appliquer lui-même imparfaitement un procédé classique antérieurement appris.

Un tel procédé a été rappelé par M. Dupain dans

la discussion qui suivit la présentation de l'imbécile calculateur de M. Blin. (Soc. Clin. de Méd. Ment., séance du 17 janvier 1910). Un autre débile calculateur du calendrier a été présenté par MM. G. Heuyer et Semelaigne à la Société de Psychiatrie de Paris (Séance du 17 mars 1921).

Il est à remarquer que le sujet de M. Blin ne donnait de réponses exactes que sur une période de cinq ans (1907-1911). De même le sujet de MM. Heuyer et Semelaigne ne donne de réponses exactes que pour une période de dix ans (1915 à 1925). La période concernant le passé est toujours plus étendue que la période concernant l'avenir.

Le malade de M. Pailhas réussit les opérations sur une période de vingt-cinq années environ, dont quatre seulement pour l'avenir et plus de vingt ans pour le passé.

Quelle que soit, de ces diverses hypothèses, celle que l'on veuille adopter, ce malade démontre une fois de plus combien est inexacte l'épithète de *démence précoce* appliquée si largement à tous ces états depuis les travaux de Kraepelin. Dans ce groupe figurent des malades vraiment trop différents les uns des autres. Si certains d'entre eux, les *déments précoces* de Morel, par exemple, peuvent être à bon droit considérés comme des *déments*, un malade comme celui dont le Dr Pailhas vient de résumer l'observation, en lui donnant cette épithète aujourd'hui classique, ne peut vraiment leur être assimilé.

De telles expériences indiquent une conservation des processus intellectuels qui est la négation même de la *démence vraie*. Elles indiquent quelle activité intellectuelle intérieure peut se trouver cachée derrière une inertie apparente si considérable qu'elle fut qualifiée d'« *idiotie complète* » dans le certificat d'internement. L'observation même du malade contient à ce sujet d'autres renseignements. Elle le montre incapable de se conduire, gâteux, mais distrait, s'irritant de ce gâtisme lorsqu'il s'est produit, lacérant ses habits souillés pour en faire disparaître le témoignage.



Le contraste entre une activité intellectuelle, peut-être insuffisante et élective, mais évidente, et le comportement du malade, permet de mettre une fois de plus en lumière l'intérêt de la conception du professeur Bleuler, en distinguant ces états schizophréniques des véritables états démentiels.

## Hypersomnie et sommeil en faction

Par P. REBIERRE. (de Marseille)

On a appelé l'attention sur la confusion possible entre le sommeil en faction et l'épilepsie (1). Nous ne croyons pas qu'on ait signalé des cas d'hypersomnie post-encéphalitique ayant abouti à une confusion analogue, et c'est pourquoi nous croyons devoir relater ce qui suit :

S... Charles, 24 ans, qui a contracté récemment un engagement à la Légion étrangère, a vagabondé avant de rejoindre le port d'embarquement pour l'Algérie, a été condamné, puis remis à l'autorité militaire. Celle-ci ayant constaté que le sujet avait été réformé deux fois déjà, étant à la Légion, pour « débilité mentale », l'envoie en observation dans notre service.

S... ne présente aucun signe de déficit intellectuel. Pendant son séjour assez long à l'hôpital, il s'est comporté de façon parfaitement équilibrée. Il s'est montré intelligent, travailleur et dévoué, rendant de nombreux services au personnel infirmier et aux malades.

Des pièces de son dossier signalent qu'il a « l'air hébété », ce qui est exact et ce qui explique peut-être le diagnostic antérieur. Il a le regard fixe, l'attitude soudée, la marche tout d'une pièce, un peu festinante, de certains parkinsoniens. Les mouvements sont lents. La langue et les extrémités sont animées d'un tremblement fin, rythmique et constant. Le signe de la

---

(1) HEUYER. — *Soc. de Psychiatrie de Paris*, 16 octobre 1919.

roue dentée, de Negro, est très net aux membres supérieurs. La parole est monotone et un peu dysarthrique. Il se produit de temps en temps un soupir profond, ou plutôt un mouvement respiratoire complet très ample, avec une période d'apnée relative.

Les pupilles paraissent un peu paresseuses. Il y a du strabisme externe de l'œil droit : les rotuliens ont une tendance, comme les réflexes de posture, à la persévération tonique.

Si l'on ordonne au sujet de montrer les dents, ou d'accomplir les divers mouvements volontaires capables de révéler une parésie faciale, on ne relève rien d'anormal. Mais, lorsque le malade sourit, seule l'hémiface gauche se contracte. On reconnaît là un exemple de dissociation entre les mouvements volontaires, intentionnels, et les mouvements émotifs.

S... dit avoir eu du ptyalisme, avoir encore une algie permanente du thorax gauche, des insomnies, de la paresse de la mémoire. Il ajoute que, depuis quelques années, il accomplit des actes inconsiderés et qu'il se rend parfaitement compte du déséquilibre survenu dans son esprit.

Sur demande, il nous dit avoir eu la grippe en 1918 et de l'hypersomnie en 1922 ; à cette époque, il fut en traitement en diverses formations sanitaires de l'Afrique du Nord.

On voit, d'après ce qui précède, que le sujet se présente, du point de vue neurologique, comme un parkinsonien. Notons, en passant, que Monrad-Krohn (d'Oslo) a observé récemment un parkinsonien post-encéphalitique qui avait une parésie émotive d'une hémiface, comme notre malade (1). Cet auteur signalait, pour montrer la dissociation possible entre les mouvements volontaires et les mouvements émotifs, que chez certains pyramidaux porteurs d'une hémiparésie faciale volitionnelle, le sourire était parfois conservé du côté malade.

Nous avons demandé le dossier établi lorsque S... fut

---

(1) MONRAD-KROHN. — *Soc. de Neurologie de Paris*, 5 juin 1924.

réformé étant soldat à la Légion. Dans les pièces médicales, nous avons relevé les signes suivants : fatigue générale, insomnies nocturnes, douleurs diurnes avec exacerbations matutinales, regard fixe, voix monotone, aspect hébété, réflexes exagérés, léger tremblement des doigts du côté droit...

Dans les pièces établies par les chefs d'unité et dans un relevé de punitions, nous avons trouvé les passages suivants : « ...endormi à une dizaine de mètres de l'emplacement qui lui avait été fixé, son fusil avec baïonnette au canon à l'abandon à plus d'un mètre de lui..., a déjà subi une condamnation de six mois de son pour avoir été trouvé endormi étant de faction..., a déjà encouru deux punitions pour des faits de même nature..., étant sentinelle, s'est couché..., étant de faction, a été trouvé assis sur le mur et assoupi... »

Il y a, dans l'histoire morbide de S..., à côté des symptômes d'ordre neurologique que l'on vient de lire, un déséquilibre mental conscient, du moins après coup, et qui a débuté par un engagement irraisonné et récidivé à la Légion étrangère, a continué par de courtes absences illégales associées au sommeil en faction, et a abouti finalement au vagabondage au moment du troisième engagement persévérant.

Des auteurs, en particulier Adam et Frey, Truelle et Petit, Chavigny et Gelma, Marcel Briand, ont appelé l'attention sur une *période médico-légale* de l'encéphalite épidémique, au cours de laquelle, comme dans la paralysie générale, les malades, normaux en apparence, commettent des actes délictueux qui sont des symptômes de leur maladie. En vérité, si le hasard conduisait d'abord les sujets devant des médecins spécialisés, il serait bien rare que certains signes physiques ou psychiques ne sautent pas à leurs yeux. Nous avons connu un paralytique général, condamné pour vol sur la voie publique et qui, à l'audience du tribunal, présentait déjà une dysarthrie qui n'avait pas frappé les juges, et une euphorie qu'ils avaient confondue avec du cynisme.

La période médico-légale peut donc se prolonger

comme la maladie, si les autres signes restent frustes ou si le neuro-psychiatre intervient tardivement.

Il reste à se demander si l'état aigu fut représenté, dans le cas présent, par la grippe de 1918 ou par un léger incident morbide ultérieur passé inaperçu au cours du service, au moment de l'hypersomnie. Dans la première hypothèse, le fait serait comparable aux cas signalés par Sainton et Schulmann et par Netter. Ce dernier auteur a signalé un cas de somnolence survenu cinq ans après le début de la maladie (1). Dans toute hypothèse, nous avons estimé que nous étions rétrospectivement en présence de faits *d'indiscipline morbide* et qu'il y avait lieu de provoquer une révision des condamnations antérieures et du genre de réforme antérieurement prononcé.

La séance est levée à 17 heures 30.

*Un secrétaire des séances :*

M. MIGNARD.

---

(1) Bull. et Mém. de la Société Méd. des Hôpitaux de Paris, 1<sup>er</sup> juillet 1921.

---

# ANALYSES

---

## LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

---

### ASSISTANCE

L'assistance aux psychopathes (*aliénés et non aliénés*) EN ALGÉRIE, par le Dr Paul SAUZAY. (50 pages, J. Carbonel, édit., Thèse, Alger, 1925).

Cette thèse, écrite sous l'inspiration du professeur agrégé Porot, est un excellent exposé de la situation actuelle en Algérie de l'assistance aux psychopathes et des projets établis en 1912 et en 1924, ce dernier sous l'impulsion du Professeur Jean Lépine, Doyen de la Faculté de Médecine de Lyon, dont M. Paul Sauzay publie *in extenso* le remarquable rapport.

Le projet Lépine, auquel se rallient MM. Porot et Sauzay, conclut entre autres dispositions à l'organisation d'un Asile de 700 lits à Blida et à la création de services hospitaliers pour psychopathes. Ces services seraient au nombre de trois (Alger, Oran, Constantine). Le plus important d'entre eux, installé à l'hôpital de Mustapha (Alger) devra posséder 80 lits, une consultation externe et constituer un service d'enseignement de la Faculté d'Alger.

On ne s'explique pas que ce projet ait été retiré par l'Administration. D'accord avec les données modernes de l'assistance aux psychopathes et les nécessités de l'enseignement psychiatrique, il doit être repris intégralement. L'Algérie ne saurait attendre plus longtemps une organisation rationnelle, scientifique et humanitaire de l'assistance psychiatrique.

René CHARPENTIER.

## BIOLOGIE

Les jumeaux. *Etude biologique, physiologique et médicale*, par le D<sup>r</sup> APERT, médecin de l'hôpital des enfants malades (1 vol., in-18 jésus, 272 pages, 20 fig., in. *Bibl. des Connaissances Médicales*, Ernest Flammarion édit., Paris 1923).

Un accouchement sur cent, environ, est gémellaire. On peut penser qu'il existe sur terre plus de vingt millions de jumeaux. Leur étude donne des renseignements précieux sur l'influence relative de l'hérédité et du milieu, des tendances natives et de l'éducation, en même temps que sur des points importants de physiologie et de pathologie, particulièrement de pathologie mentale.

M. Apert, dont on connaît les beaux travaux sur l'hérédité, les maladies familiales et les affections congénitales, rappelle d'abord les notions anatomiques, physiologiques et embryologiques, les particularités de la grossesse et de l'accouchement gémellaire, les données statistiques sur les divers facteurs de gémellité, les modes de son hérédité, ses causes pathologiques.

Il expose ensuite les notions spéciales aux jumeaux univitellins qui sont, en réalité, un même individu tiré à deux exemplaires différents et aux jumeaux bivitellins, leur élevage, l'identité de conformation, de goûts, de maladies chez certains jumeaux, les maladies gémellaires. Il rappelle les faits de ressemblance morale ou de folie gémellaire rapportés par Moreau, Baume, Féré, Ball, Tissot, Larger, etc., et la fréquence du mongolisme chez les jumeaux.

Après avoir complété cette étude par celle des grossesses et accouchements multiples et celle de jumeaux amniotiques et monstres doubles, M. Apert étudie la gémellité en biologie comparée. Des résultats de l'observation et de l'étude expérimentale, il conclut que dans les cas de gémellité bivitelline, c'est-à-dire plus des deux tiers des faits de gémellité humaine, deux ovules distincts, provenant de deux ovisacs distincts sont fécondés chacun par un spermatozoïde particulier. Dans les gémellités univitellines, le processus le plus vraisemblable est la fragmentation de l'œuf (résultat d'un ovule normal fécondé par un spermatozoïde normal) au stade embryonnaire.

René CHARPENTIER.

## MÉDECINE LÉGALE

Quelles sont les mesures à prendre envers les adultes anormaux (arriérés, faibles d'esprit), manifestant des tendances dangereuses ? Ces mesures sont-elles applicables aux enfants de la même catégorie ? par le professeur Aug. LEY, de l'Université de Bruxelles (*Rapport au Congrès pénitentiaire international de Londres, 1925*).

Le rapporteur, M. Aug. Ley, proteste d'abord contre l'appellation de « demi-fous » et la « responsabilité atténuée » attribuées à ces malades et rappelle, avec Gilbert Ballet, que le seul problème préoccupant au sujet de ces anormaux est celui de leur *nocivité*.

La *prophylaxie* doit consister en l'établissement de *classes spéciales* pour enfants arriérés avec dépistage précoce des sujets qui présentent des tendances à la délinquance et à la criminalité. Une *tutelle* sérieuse et un *patronage* effectif devront être organisés pour suivre dans la vie ces arriérés et ceux des *asiles pour anormaux*. L'action du *juge des enfants*, complètera celle du *service social* qui veillera à leur *orientation professionnelle*.

Pour les adultes devront être organisés des établissements de *détention* et de *rééducation*, des *asiles-colonies* pour malades mentaux curables, et des *asiles de sûreté* pour anormaux très dangereux, tous permettant le *travail* en atelier et surtout le travail en plein air. La *punition* peut être envisagée épisodiquement, en y attachant un caractère thérapeutique. L'application de la *sentence indéterminée* ou de l'une quelconque de ses modalités est indispensable ; il est urgent de demander aux juristes d'en fixer les règles et les possibilités pratiques. La *libération* de tous ces anormaux ne devrait se faire que par l'autorité judiciaire, s'appuyant sur l'avis d'un collège médical, anthropologique et d'assistance sociale.

Après la sortie de prison, toujours *conditionnelle*, devraient être organisés un *patronage* et une *surveillance* efficaces en même temps que du travail devrait être procuré aux sujets. Les dispensaires d'hygiène mentale peuvent constituer des organismes prophylactiques de la récidive.

René CHARPENTIER.

Le traitement des aliénés judiciaires envisagé au point de vue de la défense sociale, par le docteur VERVAECK, directeur du Service d'Anthropologie pénitentiaire de Belgique. (1 brochure in-8°, 46 pages. Extrait du *Journal de Neurologie et de psychiatrie*, Bruxelles, 1925).

De cette nouvelle étude, M. Vervaeck conclut qu'il importe, au point de vue de la défense sociale, que la surveillance des aliénés judiciaires soit confiée à l'Administration pénitentiaire : les psychopathes étant traités dans des sections psychiatriques annexées aux prisons, les malades mentaux avérés pouvant être soignés dans des asiles soumis à son contrôle, en ce qui concerne leur garde et leur libération.

Il rappelle que la réforme anthropologique du régime pénitentiaire en Belgique, à laquelle il a pris une part si considérable, a complètement modifié sa signification en donnant à la sanction pénale un caractère nettement thérapeutique et psychiatrique pour les délinquants malades et anormaux de corps et d'esprit, cela sans nullement affaiblir la répression pénale.

Protéger la Société contre les anormaux constitutionnels et acquis à tendances antisociales, en les maintenant dans des sections et colonies à la fois pénales et éducatives où ils seront obligés à un travail productif, ce sera en même temps assurer la sécurité sociale contre les récidivistes, les tendances à la vie irrégulière et au délit étant en raison directe des tares anthropologiques, héréditaires ou organiques acquises.

René CHARPENTIER.

## MÉDECINE SOCIALE

Les sourds-muets, *Etude médicale, pédagogique et sociale*, par le Docteur G. DE PARREL et Mme Georges LAMARQUE, de l'Institution Nationale des sourds-muets de Paris. *Préface*, par M. DAUTRESME, Directeur de l'Institution Nationale des sourds-muets de Paris (1 vol. in-8°, 450 pages, 165 fig. Les Presses Universitaires de France, Paris, 1925).

Livre d'un très grand intérêt théorique et pratique dans lequel les auteurs ont condensé et remarquablement exposé tout ce qui concerne l'étiologie, le traitement, la pédagogie, l'assistance, la protection, la prophylaxie de la surdi-



mutité. Ils insistent sur le rôle prépondérant de la syphilis dans la surdi-mutité héréditaire pré-natale ou post-natale, les surdi-mutités acquises étant d'origine traumatique, infectieuse (otite et rhino-pharyngite des nouveau-nés, méningite cérébro-spinale, labyrinthite scarlatineuse, otites moyennes suppurées) ou compressive (compression du nerf auditif par tumeurs).

Une grande place est faite au diagnostic différentiel (surd-mutisme fonctionnel, retard ou absence du langage articulé, insuffisances mentales, psychopathies thyroïdiennes, etc.), au traitement médico-chirurgical de la période préscolaire, et à la prophylaxie. La lutte contre la syphilis, la méningite cérébro-spinale, les otites du nourrisson et les fièvres éruptives de l'enfance, en particulier la scarlatine devront dans un avenir prochain diminuer considérablement le nombre des sourds-muets.

A ceux qui doutent, il faut recommander la lecture de ce beau-livre. Ils y verront ce que peuvent faire le dévouement et la ténacité alliés à d'intelligentes initiatives. Ils apprendront qu'un sourd-muet peut aujourd'hui recevoir une instruction intellectuelle, artistique et professionnelle complète lui permettant un avenir familial et une utilisation sociale. Son intelligence, souvent intacte, est soumise aux mêmes différences de valeur que celle des entendants.

René CHARPENTIER.

Les grands narcotiques sociaux, par le Docteur LEGRAIN (1 vol. in-8 de 460 pages, A. Maloine édit., Paris, 1925).

Ecrit sous l'inspiration de tous les drames vécus par un militant, ce livre, plein des souvenirs un peu amers de trente-cinq années d'apostolat, n'est point seulement, comme le croit l'auteur, un long et douloureux pamphlet ; c'est bien plutôt une œuvre de prosélytisme, un éloquent plaidoyer dont la fougue juvénile et l'ardente foi emportent le lecteur en pleine bataille et lui laissent espérer que tous ces coups de boutoir finiront un jour par vaincre les plus terribles ennemis de l'espèce humaine cachés dans ces paradis artificiels où les fumées de l'alcool, de l'opium et du tabac masquent les misères de la réalité sous les splendeurs du rêve, mais conduisent vite à la ruine de l'individu et à la déchéance de la race.

Un résumé sec ne saurait donner la moindre idée de ce volume d'un intérêt puissant, à la fois sociologique et

médical. Divisé en trois parties, il expose d'abord les trois grandes épidémies toxiques : l'opiumisme et ses diverses étapes depuis l'antiquité, les hécatombes qu'il produit en Chine et aux Indes, son invasion en Occident — le tabac, narcose universelle, triomphe de l'imitation et de l'automatisme — l'alcool enfin et l'alcoopathie qui se confond avec l'histoire de l'homme, l'alcool omnipotent et corrupteur, pandémie accomplie dont le xix<sup>e</sup> siècle a vu une ascension phénoménale. La seconde partie, après la critique d'un stock de préjugés sur la toxicophilie, mal nécessaire, sur la valeur excitante des poisons de l'intelligence, analyse longuement la psychopathologie de l'ivresse, cette dislocation de la personnalité qui libère les automatismes inconscient. Y sont décrites, en un style imagé, les ivresses individuelles, normales et morbides, les ivresses collectives. Dans la troisième partie sont examinés les remèdes et plus particulièrement le seul efficace, le seul capable de faire disparaître les stupéfiants : la prohibition admise et librement consentie par les citoyens.

Il faut lire ce livre captivant pour en comprendre la haute portée et l'inspiration généreuse : livre passionné, mais éclatant de bonne foi, à chaque page illuminé par l'enthousiasme du croyant décidé à convaincre la multitude des hérétiques.

Tous les poètes ont chanté le vin. Legrain, ce buveur d'eau, se révèle ici le chantre admirable du merveilleux raisin. Il rêve d'une apothéose de la viticulture. Un des chapitres de son livre s'intitule : Vive la vigne ! « A nous les vignes, s'écrie-t-il, point d'arrachage » et il ajoute : « Il faut renouveler le cadre et le contenu des vieilles ivresses qui ont vécu. Bacchus n'a plus rien à nous apprendre. Il y a d'autres ivresses plus nobles, plus raffinées, plus pures. Mieux est de vivre que de s'étourdir. Le Dieu du vin peut passer sa couronne de pampre à Pasteur, le Maître du Raisin. Que dis-je ? c'est le Bacchus des premiers temps qu'il nous faut, celui où la fable faisait de lui le Dieu de la jeunesse, de la beauté, de la pleine sève de santé, car le Raisin c'est le renouveau, c'est le retour à l'enfance ignorant encore les blandices d'une vie artificielle qui déflorit tout ce qu'elle touche. C'est l'amende honorable à la féconde nature insatiablement généreuse dont les humains détruisent sottement les largesses. »

Mais s'il adore le pur jus de la treille, Legrain vitupère contre cet abominable parasite, cet odieux ferment géné-

rateur des calamités toxiques, ce ferment sournoisement tapi sur le fruit, guettant sa proie, frappant à mort le raisin, comme la pomme ou l'abricot, pour inaugurer le règne des bistros. Et il enseigne la fin de cette peste qu'est l'alcoolisme le jour où l'application des méthodes pastorienues aura anéanti l'invisible cause de tout le mal.

Legrain, en effet, compare l'alcoolisme à une maladie parasitaire, et à maintes reprises il insiste sur cette conception de l'alcoolisme, maladie parasitaire : « Le jus du raisin, que bien peu de gourmets apprécient, tant est devenue grande la déviation du goût naturel ; ce jus qui réunit une somme énorme de qualités sapides et gustatives dont la gamme, partant du modeste verjus, ose atteindre aux splendeurs du chasselas et du muscat ; ce jus enfin que les ennemis de l'alcool célèbrent avec une ferveur reconnaissante, est victime d'une spoliation absolue de la part des infiniment petits qui s'y multiplient. Etres d'un goût infiniment plus délicat que le nôtre, ils savent tirer pour leur vie propre un énorme profit de ce que nous leur laissons détruire. Ils ne nous laissent qu'un infâme résidu, dénommé alcool, dont ils ne veulent point, qu'ils éjectent comme ils feraient d'un excrément, et c'est à dénoncer ce produit de corruption fortuite que nous nous évertuons. Goût étrange auquel on ne saurait mieux comparer que celui qu'on professe pour le gibier pourri, la proie lui-même d'une putréfaction. »

Hélas ! pour la plupart des papilles, le bouquet des grands crus n'a point une saveur de charogne. Bien rares sont encore, même après l'exemple des Etats-Unis, les peuples qui se laissent convertir par les arguments décisifs de l'anti-alcoolisme. Maudire le vin, la bière, le tabac, proclamer les bienfaits de l'abstinence totale, c'est sans doute prêcher dans le désert. Legrain le reconnaît et le déplore : « Le fief mondial de la Majesté Alcool ne se discute plus. La gloire de l'alcool-poison atteint aujourd'hui son apogée. Malgré les coups qu'on lui a portés il se dresse triomphalement. Toutes les nations sont attelées au char de Bacchus ivre, qui se confond très souvent avec le char de l'Etat. Les meilleurs des citoyens conduisent la Bacchanales. Sur son passage, la foule amassée se presse, implore le verre en main sa part d'ivresse, cependant que le char écrase et comprime, comme au temps des vendanges, tout ce qui lui fait obstacle. »

Et l'on comprend que ce volume finisse par cette vague

lueur d'espérance mélancolique: « Si tant de belles nations démentes s'acharnent à vouloir mourir, un éclat de rire sardonique sur les lèvres, que certains hommes de foi surgissent encore *in extremis*, pour leur crier: Mieux peut-être vaudrait-il ne point mourir! »

J. CAPGRAS.

## NEUROLOGIE

**Diplopie léthargique non paralytique dans l'Encéphalite épidémique**, par le Dr Juan M. OBARRIO, Directeur de l'Institut phrénopathique de Buenos-Ayres (1 brochure in-8°, 36 pages. Extrait de *La Semana Médica* n° 46. Buenos-Ayres, 1923).

De cette étude basée sur deux nouveaux cas, l'auteur conclut qu'en plus de la diplopie paralytique dans les encéphalites épidémiques avec hypersomnie, il existe une diplopie spéciale qui apparaît quand le malade ouvre les yeux et fixe le regard et disparaît quand le malade est réveillé sans qu'aucune manœuvre puisse alors la faire apparaître. Elle est en raison directe de l'intensité de la léthargie: c'est une *diplopie léthargique non paralytique*, phénomène physiologique accentué par la léthargie et dont la mise en évidence est due à la lenteur dans ce cas de la convergence des lignes du regard (étant donné la position des globes oculaires pendant le sommeil).

En plus de la diplopie binoculaire physiologique décrite par Alhazen, il existe, conclut M. Juan M. Obarrio, une autre diplopie binoculaire physiologique que l'on peut mettre en évidence chaque fois qu'on ouvre les yeux et qu'on regarde un objet situé très proche d'eux.

René CHARPENTIER.

**Technique clinique d'examen complet du système nerveux**, par le Professeur G.-H., MONRAD-KROHN, de l'Université royale de Christiania. — *Préface* du Docteur SOUQUES, Membre de l'Académie de Médecine. — *Edition française traduite* de la 2<sup>e</sup> édition anglaise par le Docteur R. MOURGUZ (de Nîmes), Médecin des Asiles (1 vol. in-16, 216 pages, 33 fig. Le François, édit., Paris, 1925).

Ce livre, dédié par l'auteur à la mémoire de Charcot, est un guide très complet de séméiologie neuro-psychiatrique.

Il permet à l'étudiant l'examen minutieux non seulement des troubles moteurs, cérébelleux ou sensitifs, par exemple, mais aussi de l'état mental du sujet. Il lui enseigne dès l'abord à considérer la neurologie et la psychiatrie comme intimement liées et ne formant qu'une seule branche de la médecine. Il met à sa disposition, à côté des données élémentaires les techniques les plus récentes, les ressources toujours plus fécondes du laboratoire (ponction sous-occipitale, procédé nouveau d'appréciation de la pression intra-méningée, etc.), les examens des organes des sens, des schémas anatomiques, etc.

On y trouve le résumé de beaux travaux publiés par le professeur Monrad-Krohn en langue scandinave ou en langue anglaise (dissociation de l'innervation volontaire et émotionnelle dans la paralysie faciale centrale, réflexes abdominaux, lésions nerveuses de la lèpre, fonctions psychosomatiques, etc.), cela dans une traduction claire, élégante et bien présentée du Docteur R. Mourgue qu'on ne saurait trop remercier de cet effort particulièrement digne de succès.

Le plus bel éloge qu'on puisse faire de ce livre a été exprimé par M. Souques dans une remarquable préface : « Je ne crains pas de déclarer, écrit M. Souques, qu'un tel livre devrait se trouver dans la poche de tout étudiant et sur le bureau de tout chef de service hospitalier. »

René CHARPENTIER.

L'Innervation périphérique, par le Professeur E. VILLIGER, de Bâle. — *Traduction française* de la 3<sup>e</sup> édition, revue et corrigée par le Dr Pierre HOFF, chef des travaux anatomiques à l'Université de Genève. (1 vol. in-8°, 214 pag., 66 fig., Librairie Le François, Paris, 1925.)

Clair et méthodique exposé de l'origine, du trajet et de la distribution des nerfs crâniens et rachidiens, ainsi que des nerfs du système sympathique. Ce livre n'a pas seulement pour but l'enseignement purement anatomique, mais l'exposé des rapports intimes de l'anatomie nerveuse avec la pathologie et l'explication des grands syndromes neurologiques. Destiné aux étudiants et aux praticiens cet ouvrage est illustré de figures, de schémas simplifiés et de tableaux synoptiques.

René CHARPENTIER.

**La chirurgie du sympathique**, par le Dr Georges LEMOINE, Chirurgien de l'Hôpital d'Anderlecht-Bruxelles. (1 vol. in-8°, 105 pages. Imprimerie Médicale et Scientifique, Bruxelles 1923).

Après quelques considérations sur l'anatomie et la physiologie générale du système nerveux autonome, M. Lemoine étudie successivement la chirurgie du sympathique cervical dans l'épilepsie, le goître exophtalmique, la névralgie du trijumeau, le glaucome, la myopie forte, la lagophthalmie permanente, la migraine et l'angine de poitrine, puis la chirurgie du vago-sympathique rénal, pelvien, artériel. Il préconise la sympathectomie péviartérielle suivant la technique opératoire du professeur Leriche, dans les ulcères spontanés des moignons d'amputation, la causalgie, les troubles ischémiques par oblitération artérielle, les troubles parétiques et spasmodiques des extrémités du type Babinski-Froment.

René CHARPENTIER.

## NEURO-PSYCHIATRIE

**Memorias do Hospicio do Juquery, Anno 1, num. 1** (1 vol. in-8°, 346 pages, Sao-Paulo, Brasil, 1924).

Ce premier numéro remarquablement édité en portugais et en français, renferme, outre le bulletin des Réunions neuro-psychiatriques de Juquery, des mémoires originaux très intéressants et un recueil de faits.

Parmi les mémoires, il faut citer celui de M. A. Pacheco e Silva, intitulé *Contribution à l'étude du tréponema pallidum dans l'écorce cérébrale des paralytiques généraux*, et ceux de MM. Trétiakoff avec divers collaborateurs. Signalons la part considérable prise par M. Trétiakoff à l'élaboration de ce volume. On lui doit, en particulier, un mémoire original sur les « plaques cyto-graisseuses » dans les maladies mentales et sa collaboration dans les articles suivants : *Contribution à l'étude de la cysticercose cérébrale*, par MM. Trétiakoff et Pacheco e Silva, les lésions vasculaires dans la psychose maniaco dépressive, par MM. Trétiakoff et Marcondes Vieira, un cas de Sclérose latérale amyotrophique pseudo-polynévritique chez une aliénée, par MM. Trétiakoff et M. de Freitas Amorim, les granulations pigmentaires péri-cellulaires d'origine héma-

*tique dans un cas d'alcoolisme avec troubles mentaux*, par MM. Trétiakoff et F. Cintra do Prado, etc.

Dans le recueil des faits signalons le travail de M. J. Lacerda sur la *réaction du benjoin colloïdal, lymphocytose et albumineuse du liquide céphalo-rachidien dans la démence précoce*, et les observations suivantes : *Troubles mentaux dans deux cas de myopathie primitive*, par MM. Trétiakoff et Pacheco e Silva, et *Démence précoce catatonique datant de 21 ans chez un syphilitique*, par MM. Trétiakoff et M. de F. Amorin. Cette brève énumération suffit à caractériser l'activité scientifique neuro-psychiatrique de l'Hospicio do Juquery.

René CHARPENTIER.

## PHYSIOLOGIE

*Physiologie de la voix, à l'usage des chanteurs et des orateurs*, par le Docteur MARAGE, chargé de Cours à l'Université de Paris. (Ouvrage couronné par l'Académie des Sciences, 1 vol., in-8°, 204 pages, 114 fig., Gauthier-Villars et Cie, édit., Paris, 1925).

Dans ce travail qui contient presque uniquement l'exposé de ses recherches personnelles, l'auteur suit l'onde sonore depuis son point de départ jusqu'à son point d'arrivée, étudiant successivement les poumons, le larynx, les résonateurs supralaryngiens, les vibrations acoustiques, les bases scientifiques de l'enseignement du chant, la formation des voyelles, l'acoustique des salles, l'oreille musicale, la voix chantée et la voix parlée.

Signalons seulement quelques conclusions :

Une voix porte quand elle est bien émise et que la diction est bonne. La voix est entendue de tous les auditeurs quand le chanteur ou l'orateur commence à entendre lui-même le son de résonnance de la salle.

On a une voix juste quand on a une oreille juste. On a une voix belle quand on a de belles cordes vocales. On est un artiste quand on a dans le cerveau des centres auditifs bien développés.

René CHARPENTIER.

## PSYCHIATRIE

SOLLIER et COURBON, *Pratique séméiologique des maladies mentales, Guide de l'étudiant et du praticien*. (1 vol., in-8°, 457 pages, Masson et Cie, édit. Paris, 1924).

Ce livre, destiné à guider le praticien ou l'étudiant dans l'examen d'un malade présentant des troubles mentaux et à le conduire progressivement au diagnostic, atteint et dépasse singulièrement le but visé par les auteurs. Par ses qualités cliniques, sa méthode, sa clarté, le souci du vocabulaire et de la terminologie, la mise au point des notions d'acquisition récente en psychiatrie, les considérations consacrées au pronostic et à la thérapeutique, il mérite de retenir l'attention des psychiatres. Sous un faible volume, il renferme un grand nombre d'aperçus originaux et de renseignements utiles.

Les premiers chapitres exposent les règles de l'examen somatique et psychologique du psychopathe. Les auteurs mettent avec raison le praticien en garde contre l'erreur trop fréquemment commise qui consiste pour le médecin à accepter de jouer près du malade un rôle d'emprunt. C'est là, disent-ils, une comédie qui n'est ni digne, ni utile. On peut ajouter qu'elle est susceptible d'incorporer de nouveaux éléments à un délire existant et qu'aucun thérapeute ne saurait s'y prêter.

MM. Sollier et Courbon étudient ensuite le sommeil, le rêve, l'onirisme, le mutisme, les troubles du langage des aliénés dont ils donnent une très intéressante description, les illusions, les hallucinations et leurs signes objectifs, l'anxiété, les troubles de l'imagination, de l'émotivité, de la mémoire, les idées délirantes, les troubles sexuels, les impulsions, les fugues, les idées de suicide, homicides le refus d'aliments, etc.

Des chapitres spéciaux sont consacrés aux grands syndromes psychiatriques, états d'excitation et d'agitation, états de dépression, confusion mentale, états d'insuffisance mentale, états de déchéance mentale, états hypochondriaques, psychasthénie, etc., ainsi qu'au diagnostic de la paralysie générale.

Après un court exposé de la simulation, MM. Sollier et Courbon tentent de dégager des règles générales pour le pronostic des maladies mentales, question très délicate dans un grand nombre de cas. S'il est des formes dans lesquelles le pronostic est évident, il est des cas dont l'évolu-



tion surprend les spécialistes les plus expérimentés et les règles exposées par MM. Sollier et Courbon ne permettront pas toujours au praticien de résoudre ce difficile problème. Quant au pronostic de durée, sachons reconnaître qu'il est le plus souvent impossible. Ces réserves ne font qu'augmenter l'intérêt de telles études et le pronostic sera facilité lorsque nous aurons réussi à en dégager ainsi les éléments primordiaux.

MM. Sollier et Courbon terminent cet excellent livre par l'exposé des mesures à prendre en présence d'un malade atteint de troubles mentaux et résument les indications thérapeutiques et les formalités administratives et judiciaires destinées au traitement, à l'isolement, à l'internement et à la protection du malade.

Dans l'état actuel de la science psychiatrique, en présence du remaniement incessant des cadres et des classifications, la séméiologie reste non seulement la base nécessaire, mais encore le seul point fixe qui permette des groupements durables par leur élasticité et leur ampleur. En opposition aux vues de l'esprit qui édifient des châteaux de carte branlants, balayés par le premier souffle, elle représente la provision de matériaux solides à l'aide desquels sera édifiée la psychiatrie de l'avenir. A mesure que certains d'entre eux sont utilisés pour constituer des entités nosologiques nouvelles, d'autres viennent grossir la réserve dans laquelle puiseront les conceptions de demain. Il faut remercier les bons travailleurs qui, tout en faisant l'inventaire, ajoutent à cette réserve des matériaux nouveaux. A ce point de vue aussi l'œuvre de MM. Sollier et Courbon mérite d'être remarquée.

René CHARPENTIER.

Etude sur les psychoses érotomaniaques, par le Dr Maurice HACQUARD. (Thèse de Nancy, 1925).

C'est un travail d'ensemble sur la question de l'érotomanie, avec un historique rapide et l'exposé de la conception récente du syndrome érotomaniaque de de Clérambault. L'érotomanie décrite par cet auteur, séparée de l'érotisme et des délires érotiques plus ou moins polymorphes, constitue une forme de délire passionnel fixe, chronique, développé surtout chez des femmes dont « l'aptitude obsessionnelle et les tendances paranoïaques sont activées par l'orgueil sexuel et le désir amoureux ».

L'érotomanie de de Clérambault se place donc tout près du délire de revendication, mais diffère nettement du délire d'interprétation de Sérieux et Capgras par les points suivants : but précis dès le début du délire, exigence consciente et complète d'emblée, délire limité au domaine du désir, absence de vues rétrospectives, convictions essentielles déduites du postulat. Ce postulat fondamental consiste dans la conviction d'être « en communion amoureuse avec un personnage d'un rang plus élevé, qui le premier a été épris, qui aime plus ou qui aime seul ». Autour de la conviction initiale se groupent des thèmes délirants, les uns regardés comme évidents, les autres démontrés par des interprétations, en particulier la « conduite paradoxale de l'objet » qui ne manque jamais. L'érotomanie diffère également de l'idéalisme passionné de Dide parce que le platonisme n'y est qu'un élément accessoire, contingent.

L'évolution du syndrome se fait en trois stades : espoir, dépit, rancune.

A côté des formes pures, exemptes d'hallucinations, on rencontre des formes mixtes, secondaires ou associées à un délire mystique ou de persécution. Les cas mixtes s'accompagnent de troubles sensoriels, de variations dans le choix de l'objet ; ils peuvent être prodromiques, survenir au cours d'un délire interprétatif ou polymorphe et perdent ainsi leur cohésion, leur intensité.

La quérulance des passionnés les conduit fréquemment à des réactions hostiles. Leur internement prolongé est nécessaire et la sortie doit être entourée d'un maximum de garanties.

Le docteur Hacquard a apporté de nouveaux faits longuement et minutieusement observés qui confirment les opinions exposées précédemment.

P. CARRETTE.

The discovery of general paralysis, par George M. ROBERTSON, M.D., F.C.R.P.E. (1 brochure in-8°, 24 pages, Extrait du *Journal of Mental Science*, janvier 1923).

Le professeur George M. Robertson, Président de l'Association médico-psychologique de Grande-Bretagne et d'Irlande, publie ici une remarquable conférence faite par lui le 22 novembre 1922 à l'Assemblée trimestrielle, tenue au Bethlem Royal Hospital. Cette brochure, qui contient un beau portrait de John Haslam (1760-1844) retrace

l'historique de la paralysie générale. Si Bayle, dans sa thèse (1822), en rattachant les symptômes de la paralysie générale à l'arachnitis chronique fit la première synthèse de la maladie, le premier cas en fut décrit en 1798 par John Haslam dont le professeur George M. Robertson retrace ici l'histoire.

M. George M. Robertson expose la part prise à l'étude de cette affection par l'anglais Joseph Mason Cox (1804) et, en France, par Esquirol, Pinel, Georget, Foville et Delaye, Bayle, Calmeil, Royer-Collard.

Haslam, qui décrit le premier cas observé de la maladie, Esquirol qui, le premier, en France en reconnut les symptômes et la gravité, Bayle qui en décrit les limites et le substratum anatomo-pathologique, doivent être tous trois honorés.

Leurs successeurs, un siècle plus tard, ont découvert la cause de l'affection. Il reste maintenant, conclut M. George M. Robertson, à découvrir les moyens de la guérir ou d'en prévenir l'évolution.

René CHARPENTIER.

Normaux et anormaux, *Contribution à l'étude de la DÉGÉNÉRESCENCE dans ses rapports avec l'HÉRÉDITÉ et le MILIEU*, par M. le professeur Aug. LEY, de l'Université de Bruxelles (28 pages in-8°, 1 tableau synoptique. Extrait du *Bull. de l'Académie royale de Médecine de Belgique*. Séance du 28 février 1925, Gœmarc, édit., Bruxelles).

Par une enquête personnelle, l'éminent professeur de Bruxelles apporte une importante contribution à cette délicate question. En réalité, les influences de l'hérédité et du milieu se combinent, s'enchevêtrent et s'accumulent ainsi que le montrent ses statistiques. L'hérédité est évidemment le facteur primitif et fondamental et l'on peut admettre, avec le professeur Aug. Ley, que, dans une certaine mesure, elle intervient pour créer le milieu. Celui-ci une fois constitué vient souvent renforcer par son action l'influence de l'hérédité.

Pour se rendre un compte plus exact des influences respectives de ces deux facteurs, ajoute l'auteur, une expérience devrait pouvoir être réalisée sur un nombre important de sujets en les soustrayant aux conditions de leur milieu familial et en les faisant évoluer dans des conditions susceptibles d'amener chez eux des modalités de variation individuelle.

M. Aug. Ley insiste sur l'existence de caractères récessifs chez des enfants normaux sélectionnés, avec la double réserve qu'il s'agit d'enfants dont l'évolution psychique ultérieure doit par conséquent être réservée, et que la paternité réelle du sujet ne peut pas toujours être établie avec certitude.

René CHARPENTIER.

**Lourdes et ses mystères**, par le Docteur Pierre VACHET (1 vol., in-12, 150 pages, Editions de la *Revue de l'Université*, Paris).

M. Pierre Vachet fait l'historique des guérisons miraculeuses depuis l'antiquité, la critique des miracles et des miraculés. Après Zola, Huysmans et tant d'autres, il apporte sa contribution à la discussion du miracle : critique les témoignages, rapporte l'évolution ultérieure de certains miraculés qui figurent dans le livre de Bertrin et donne une explication des guérisons successivement chez les simulateurs, les hystériques et les « organiques ».

René CHARPENTIER.

## PSYCHOLOGIE

**L'Année Psychologique**. 24<sup>e</sup> année (1923), publiée par Henri PIÉRON, Professeur au Collège de France et à l'Institut de psychologie de l'Université de Paris (1 vol. in-8°, in *Bibliothèque de Philosophie contemporaine*, 692 pages, Félix Alcan, édit., Paris, 1924).

Cette publication périodique annuelle fondée en 1894 par Henri Beaunis et Alfred Binet, actuellement dirigée par le Professeur Henri Piéron est un répertoire international des multiples travaux intéressant le psychologue, travaux paraissant non seulement dans les revues psychologiques mais encore dans les périodiques généraux, dans les publications philosophiques et dans les organes des sciences biologiques, physiologiques, médicales, etc. La qualité et le nombre de ces analyses bibliographiques suffiraient à le démontrer.

Mais le présent volume contient en outre des mémoires originaux fort importants : les *problèmes psycho-physiologiques de la perception du temps*, par M. Henri Piéron (mémoire communiqué au Congrès de psychologie d'Oxford) ; la *théorie dynamique de la vision des couleurs*,

par le Dr, *Guillaume Forster* (de Prague); les méthodes non verbales d'examen mental, les tests individuels et les tests simultanés, deux intéressants articles du Docteur *Decröly* (de Bruxelles); un travail de psychologie zoologique de M. *Et. Rabaud* sur le déterminisme de l'emplacement des nids chez les *Vespides*; un autre de M. *Claude Bussard*, intitulé: *Recherches sur le dressage automatique*. Signalons aussi deux études de psychophysiologie: l'une du Général *Journée* sur les sensations de recul dans le tir, l'autre de M. *Paul Kucharski* montre que l'on peut reconnaître la hauteur d'un son dont on a perçu une seule vibration.

Dans les Notes et Revues, on trouvera encore un compte rendu du *Congrès International de psychologie d'Oxford* (1923), par M. *Henri Piéron* et la description d'un nouvel appareil pour la mesure des sensations tactiles, (*Annette Baron* et *A. Meifred Devals*).

Souhaitons que rien ne vienne interrompre le cours de cette publication annuelle, instrument de travail indispensable et qui a pu, cette année encore, être publiée, grâce à l'activité de son directeur le Professeur Piéron, et au concours de la Caisse des Recherches et de la Confédération des Sociétés Scientifiques.

René CHARPENTIER.

Travaux du laboratoire de psychologie expérimentale de l'Université de Cracovie, publiés par W. HEINRICH, directeur du laboratoire (1 vol. in-8°, 392 pages, Académie polonaise des Sciences et de lettres, Cracovie, Félix Alcan, Paris, édit., 1924).

Cet important recueil de travaux, traduit en français par le Dr *Henri Elzenberg* est divisé en quatre parties. M. W. *Heinrich* expose d'abord sa conception du problème de la méthode.

Puis sont groupées les recherches suivantes sur la psychologie de l'espace: le problème psychologique de l'espace: par W. *Heinrich*, la localisation en profondeur des images doubles, par I. *Zajac*, les courbes de repère de la vision monoculaire dans la lumière homogène, par M. *Boinecka*.

Ensuite viennent les recherches concernant la psychologie de l'attention. Outre un travail déjà antérieurement paru de M. W. *Heinrich* sur la fonction d'accommodation de la membrane du tympan, on y trouve des Recherches

sur l'acte de lecture, par M. Falski, des *Recherches sur les rapports entre la perception et la reproduction des images*, par M. Cyrus Sobolewska et une note de C. Bankowska sur l'acuité de la perception visuelle dans la vision périphérique.

La dernière partie contient un article de H. Trzińska sur le travail mental et la courbe pléthysmographique.

M. W. Heinrich a groupé dans ce volume des études qui, forment un tout dont les parties sont reliées entre elles par un point de vue philosophique général commun.

René CHARPENTIER.

## JOURNAUX ET REVUES

### MÉTAPSYCHIQUE

Bilan actuel de la métapsychique, par le professeur Henri ROGER. Conférence faite au *Comité Médical des Bouches-du-Rhône*, le 31 octobre 1924 (*Marseille-Médical*, n° 1, 5 janvier 1925).

L'opinion du conférencier sera sans doute celle de la majorité des psychologues et des médecins curieux de phénomènes supranormaux.

La métapsychique, terminologie nouvelle de l'ancien occultisme, a rassemblé depuis près de 80 ans d'innombrables faits que l'on peut ranger en deux groupes :

1° Les phénomènes intellectuels et subjectifs connus sous le nom de télépathie ou de cryptesthésie suivant l'appellation de Richet consistent dans des transmissions de la pensée d'un être humain à un autre, survenant en général dans quelque circonstance grave (accident, mort). Des individus, des femmes surtout, — les médiums, — ont une faculté de réception très développée. Ils expriment la pensée des disparus, écrivent automatiquement et sont doués d'une puissance de divination variable ; leur clairvoyance augmente par l'entraînement et peut même opérer à travers des corps opaques.

2° Les phénomènes matériels et objectifs nécessitent l'intervention d'une force physique. Les disparus manifes-

tent leur existence par les déplacements d'objets sans contact et, depuis quelques temps, par des matérialisations spéciales qu'on appelle ectoplasmies. Ces objectivations sont habituellement floues et fugaces.

En présence de ces faits les métapsychistes ont formulé des essais d'explication. L'hypothèse spirite admet qu'à la mort l'âme peut se réincarner ou plutôt habiter le corps d'un autre individu. Les animistes n'ont aucun doute sur la réalité de la cryptesthésie, mais ils estiment, selon l'expression de René Sudre, que « ce n'est pas en la transférant aux morts qu'on la rendra plus vraisemblable ». Richet rejetant l'opinion spirite pense que l'intelligence est capable d'enregistrer des vibrations en dehors de notre activité sensorielle banale, qu'elle peut émettre des substances et dispose de forces spéciales.

Les nombreux phénomènes décrits par les observateurs métapsychistes sont tous passibles d'objections que l'on peut ranger sous 3 titre :

a) Des faits curieux sont dus à la coïncidence : la plupart des exemples de télépathie.

b) Des opérations élaborées par l'inconscient sont considérées comme dues à une intervention étrangère : les souvenirs pris pour des intuitions et la suggestion sous toutes ses formes, génératrice en particulier des mouvements involontaires animant les tables tournantes.

c) Les autres faits sont dus à une fraude évidente. Réalisées à l'encontre de toutes les lois de la rigueur scientifique, avec des médiums dont l'adresse de prestidigitateurs est souvent indiscutable, les observations des métapsychistes n'ont apporté aucune contribution sérieuse à leur doctrine érigée en dogme. Des fraudes mises au jour dans des conditions retentissantes, les aveux des médiums eux-mêmes n'ont diminué ni la foi des adeptes, ni leur étonnante naïveté.

Il est possible que la réalité de phénomènes de l'ordre de ceux qu'ont observé les métapsychistes soit un jour démontrée ; il serait ascientifique d'affirmer le contraire et de tracer des bornes aux possibilités de l'avenir, mais jusqu'à ce jour les recherches effectuées n'ont apporté aucun résultat valable.

## NEUROPSYCHIATRIE

Le Sud médical et chirurgical, n° du 15 mars 1925.

Ce numéro est consacré à la neuropsychiatrie. A la veille des fêtes du centenaire de Charcot, le professeur Roger donne une étude très fouillée des *formes cliniques de la sclérose latérale amyotrophique*, affection isolée par le maître de la Salpêtrière en 1865.

Des articles originaux traitent de diverses questions d'actualité. La brochure renferme une analyse des travaux neuropsychiatriques des facultés méridionales pendant l'année 1924 et le compte rendu de la première séance de la Société Oto-neuro-oculistique du Sud-Est.

Cestan et Gay à propos d'un cas de *délire de persécution simultané* chez la mère et la fille observé par eux récemment, émettent cette opinion que le délire à deux est moins dangereux, quant aux réactions antisociales des malades, que le délire individuel, car le sujet actif trouve dans le sujet passif un confident complaisant et diminue d'autant ses tendances à l'extériorisation.

Hesnard cherche à différencier cliniquement la « *psychasthénie préschizophrénique* » de la psychasthénie vraie et attire l'attention sur l'intérêt d'une observation soignée au point de vue du pronostic. Dans la névrose simple le sujet, en état d'hyperémotivité anxieuse, accuse un sentiment profond et continu d'infériorité avec état affectif correspondant. Chez le préschizophréné au contraire l'état psychasthénique est mêlé à l'indifférence ; il en résulte une certaine absence de sincérité, une présentation paradoxale, signe clinique annonciateur de la future discordance caractérisant la période d'état.

Dans une leçon sur les *manifestations psychiques de l'encéphalite épidémique*, J. Reboul-Lachaux insiste sur la rareté des formes cliniques purement neurologiques de l'encéphalite ; il rappelle qu'on a pu observer des cas, également rares, de névraxite à manifestations purement mentales dont l'importance tant au point de vue médico-légal qu'au point de vue de la pathogénie des troubles mentaux en général n'est pas à démontrer.

Pagès, Nussbaum et Mlle Fournier rapportent les résultats qu'ils ont obtenus en prescrivant le *gardénal* dans les *états anxieux*. Ils ont observé que le mode d'administration du médicament avait une importance capitale et devait être guidé par l'état du système neuro-végétatif. De l'examen des



cas cités il résulte que les malades sont d'autant plus rapidement et favorablement influencés par le gardénal à doses réfractées qu'ils sont plus sympathicotoniques. Chez les vagotoniques le gardénal agit moins nettement ; il faut le prescrire à doses massives. Chez les neurotoniques il devra être associé à un frénateur du vague comme l'atropine par exemple.

P. CARRETTE.

Marseille-Médical, n° du 15 février 1925, consacré à la neuro-psychiatrie.

L'article de tête a pour sujet l'étude du *cancer secondaire du rachis*, par le professeur Henri Roger. La paraplégie cancéreuse, décrite pour la première fois par Charcot, est souvent méconnue, bien qu'elle présente, au point de vue symptomatique, certaines caractéristiques. Le syndrome est toujours plus douloureux que parétique, d'abord diffus, puis localisé à la partie inférieure du tronc et aux cuisses, avec diminution des réflexes rotuliens ; enfin s'installe une paraparésie, flasque dans la forme postérieure, plus complète et spasmodique dans les néoplasmes à type antérieur.

Les autres articles traitent les sujets suivants :

*L'albuminurie transitoire post-paroxystique dans l'épilepsie convulsive*, par Aymès et Favalelli, fréquente et fugace, d'après les recherches des auteurs, et d'une valeur diagnostique incontestable.

*Manifestations psychiques de l'épilepsie*, par J. Reboul-Lachaux.

*De l'interprétation des images radiologiques dans l'épreuve du lipiodol sous-arachnoïdien*, par Laplane. Les injections de lipiodol dans le liquide céphalo-rachidien pratiquées par voie haute occipito-atloïdienne constituent l'élément définitif du radio-diagnostic des compressions rachidiennes.

P. CARRETTE.

## THÉRAPEUTIQUE

Essai médico-psychologique sur l'autosuggestion, par les Drs A. LESTCHINSKI et D. LORIÉ. — Préface de Charles BAUDOUIN (1 vol., in-16, 140 pages, Delachaux et Niestlé, édit., Neuchâtel-Paris, 1924).

Dans la préface, M. Charles Baudouin reconnaît l'urgence de mettre le public en garde contre les déformations dangereuses et suspectes qui donnent raison à M. H. Piéron

lorsqu'il dénonce l'autosuggestion comme une manifestation de la « thaumaturgie ». Aussi donne-t-il son approbation au livre de MM. Lestchinski et Lorié qui présente les idées sous une forme simple et accessible tout en restant sur le terrain de la psychologie et de la médecine.

Après un résumé historique dans lequel ces auteurs insistent sur les conceptions du Professeur Pierre Janet, et des généralités sur le conscient et l'inconscient, MM. Lestchinski et Lorié exposent la théorie de M. Ch. Baudouin, sa pratique, ses résultats, le domaine des applications médicales de la méthode et les exagérations qu'il convient d'éviter.

Ils concluent à l'intérêt de ce traitement psychologique dans les névroses, dans les troubles nerveux qui accompagnent les maladies organiques, chez les enfants atteints de tics, d'onychophagie, de bégaiement, d'incontinence nocturne d'urine, ou présentant des anomalies mentales telles que l'instabilité et l'asthénie.

René CHARPENTIER.

---

## SOCIÉTÉS SAVANTES

---

### Société clinique de médecine mentale

Séance du 20 Juillet 1925

Présidence de M. le D<sup>r</sup> SÉGLAS

Alimentation par voie nasale sans sonde ; par M. TRÉNEL. — Une mystique à symptômes mentaux circulaires, d'ailleurs lucide et orientée, refusant toute nourriture par esprit de contrition, se laisse docilement alimenter depuis plusieurs semaines par ce procédé, qui, s'il est manié prudemment, peut être pratiqué comme dans le cas présent par une infirmière et évite l'introduction toujours désagréable de la sonde.

Une épileptique fille d'un paralytique général. — M. TRÉNEL et Mlle LACROIX présentent une épileptique fille d'un paralytique général.

Père saturnin mort P. G., en 1921. Polymortalité des

enfants. La malade est la 2<sup>e</sup> enfant, le 3<sup>e</sup> serait bien portant. Les 1<sup>er</sup>, 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> morts en bas-âge. Malade âgée de 21 ans. Début de l'épilepsie à 11 ans. actuellement démence, crises journalières, accès d'agitation post-paroxystiques. Hecht négatif dans le sang, B. W. négatif dans le L. C. R. ; ni albumine (0,15 à 0,25), ni lymphocytose (0,50 à 1,50). Totale inefficacité du traitement par le gardénal plus KBr, et du traitement spécifique (néo-salvarson).

Hypocondrie justifiée. — Lésions gastriques latentes chez des aliénés. — Mlle LACROIX (Service de M. Rogues de Fursac) présente les pièces anatomiques de six cas d'hypocondrie s'expliquant par des lésions anciennes des voies digestives, Dans un cas le sujet était atteint d'ulcère gastrique avec abcès sous-phrénique non diagnostiqués.

Un cas de paralysie générale juvénile, par MM. Roger DUPOUY et Maurice HYVERT. — Il s'agit d'un malade de 19 ans chez qui, assez rapidement, s'est développé le tableau d'une paralysie générale, avec affaiblissement intellectuel, signes physiques et syndrome humoral au complet, sans idées délirantes ni hallucinations.

Les auteurs discutent la possibilité d'une paralysie générale chez un syphilitique héréditaire ou au contraire le cas de paralysie générale précoce.

Histologie d'un cas de tabes avec idées de négations (Cas de Péron). — Lésions discrètes analogues à celles de la P. G., diffuse mais peu intenses, dont les plus nettes sont celle du plancher du 4<sup>e</sup> ventricule où la méthode de Lhermitte montre des granulations jeunes en voie de formation.

Un cas de méningoblastome diffus, par M. TRÉNEL. — Examen histologique d'un cas provenant du service de M. Pactet. Il est remarquable par l'étendue et la forme diffuse du néoplasme qui occupe toute la faux du cerveau. A noter l'extension à la base, où une tumeur est appendue au chiasma. La constitution des tumeurs multiples répond d'ailleurs à la description classique notamment à celle d'Oberling et de Masson, réalisant nettement en maints points l'aspect syncytial admis par ces auteurs.

---

# VARIÉTÉS

## ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Asile de Villejuif. — M. le D<sup>r</sup> MARCHAND, médecin chef de service à la Maison Nationale de St-Maurice, est nommé médecin en chef à l'asile de Villejuif.

Maison Nationale de St-Maurice. — M. le D<sup>r</sup> DADAY, médecin-directeur de l'asile de Navarre (Evreux), est nommé médecin-chef à la Maison Nationale de St-Maurice en remplacement de M. le D<sup>r</sup> MARCHAND.

Asile de Lorquin (Moselle). — Un asile réservé exclusivement aux malades femmes (425 environ) sera ouvert le 1<sup>er</sup> janvier 1926.

Les postes de directeur médecin et de médecin-chef ne sont pas encore pourvus. L'installation de ces fonctionnaires est prévue aux dates ci-après :

pour le directeur médecin, le 1<sup>er</sup> octobre 1925 ;

pour le médecin-chef : le 1<sup>er</sup> janvier 1926.

En plus du traitement prévu par les règlements et des avantages en nature, ces médecins recevront l'indemnité de 16 0/0 spéciale aux départements d'Alsace et de Lorraine.

Contrairement aux dispositions du décret du 18 juin 1923, il n'est pas indispensable que les fonctionnaires ci-dessus désignés connaissent parfaitement la langue allemande, les malades admises à Lorquin étant, en grande partie, des aliénées de la Seine (300), le surplus provenant des régions de langue française du département. (Lettre du Préfet de la Moselle, 27 septembre 1925).

Asile de Fains. — « *Interne en médecine* (12 inscriptions au moins) est demandé à l'Asile d'aliénés de Fains (Meuse). Traitement annuel 2.400 francs, logement, chauffage, éclairage, blanchissage et nourriture ; le relèvement du traitement à 7.000 francs, mais sans la nourriture, est actuellement demandé au Conseil général. »

« Adresser demande, certificat de scolarité et pièces à l'appui, au Directeur de l'Asile. »

## LÉGION D'HONNEUR

Sont promus :

Au grade de Commandeur : M. le D<sup>r</sup> Jean CHARCOT.

Au grade d'Officier : M. le D<sup>r</sup> E. TOULOUSE ; M. le D<sup>r</sup> DEVAUX.

## COLONIES FAMILIALES

Le Conseil général de la Seine, conformément aux conclusions d'un rapport de M. Paul Fleurot, au nom de la 3<sup>e</sup> Commission, vient de prendre : 1<sup>o</sup> une délibération supprimant l'emploi de médecin-chef de service non chargé de la direction à la colonie familiale d'aliénés d'Ainay-le-Château (Allier), dès que le titulaire sera pourvu d'un autre poste ; 2<sup>o</sup> une délibération par laquelle les traitements du médecin-directeur et du médecin-chef de service sont respectivement augmentés de 5.950 fr. et de 1.264 fr. 67.

*Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.*



# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

## L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

---

### Chronique

---

#### *Le service de l'Admission*

---

Atteint par la limite d'âge, je viens de quitter l'Admission où j'avais eu le très grand honneur de succéder à Marcel Briand et à Magnan. Ce n'est pas sans tristesse que j'ai laissé ce merveilleux service auquel j'ai tout donné de moi-même pendant quatre années, m'efforçant, toutes proportions gardées, de continuer la grande tradition et d'en faire valoir le prix à mes internes et à ceux qui me faisaient l'honneur d'assister à ma visite. Et les marques d'affection et de sympathie qui ont accompagné mon départ m'ont prouvé que, peut-être, je n'avais pas été trop inférieur à la tâche qui m'était dévolue.

C'est que profondément empreint de ce principe d'Auguste Comte que nous sommes gouvernés par les morts, convaincu d'autre part que la grandeur d'un pays se mesure à celle de ses souvenirs, per-

suadé enfin de cette vérité que le progrès n'est qu'une continuité dans l'effort et ne résulte pas de modifications incessantes plus ou moins improvisées, j'avais vu dans le service de l'Admission un organisme sans pareil, créé par Magnan, dont la disparition ne pouvait avoir que des effets désastreux, au point de vue scientifique aussi bien que dans la pratique journalière de l'hospitalisation des malades de l'esprit.

On ne détruit que ce que l'on peut remplacer, voici encore une règle positive qui a sur le bolchévisme oriental, asiatique, ou sur le pragmatisme féroce que nous a légué la guerre, la supériorité incontestable d'avoir fait ses preuves.

C'est pourquoi je ne m'attarderai pas à réfuter les critiques qu'on a fait valoir devant le Conseil général de la Seine, en juillet dernier, et d'où résultait la nécessité de la suppression de l'Admission. Critiques vieilles de cinquante années où les froissements personnels le disputent à l'ignorance absolue du mécanisme du service puisqu'elles étaient et sont encore formulées par ceux-là seuls qui n'avaient jamais eu l'occasion d'y participer.

Je m'y attarderai d'autant moins qu'à la réflexion il est apparu à tous, et même aux adversaires, que le maintien du service de l'Admission s'impose. On le garde donc mais on veut le déplacer. Bien plus, on le double, on le triple. Attendons pour formuler une opinion raisonnée qu'une conception un peu claire se dégage de cette confusion.

Pour remplacer un service dont l'utilité est prouvée par des résultats scientifiques multiples et indéniables puisqu'ils ont été publiés et contrôlés dans l'univers entier, que propose-t-on ? Nous l'ignorons.

L'Admission qui vient d'être remise à neuf peut

fonctionner d'une façon parfaite. Est-ce bien le moment, dans l'état actuel de nos finances, de la transférer ailleurs, avec une installation de fortune qu'il faudra nécessairement modifier ? Et à quel prix !

Pour l'instant, le pavillon qui porte le nom de Magnan, de celui qui l'a illustré pendant 45 ans et dont la grande figure se profile sur la façade, attend qu'on veuille bien décider de son sort. Il s'en dégage, non pas seulement pour moi mais pour tous ceux auxquels il est familier, une impression de profonde mélancolie. *Sunt lacrymæ rerum.*

Henri COLIN.

---

## CHARLES VALLON (1853-1924)

---

La mort a trop souvent passé, ces dernières années, dans les rangs des médecins aliénistes français. Après Magnan, après G. Ballet, après Régis, après Dupré, après Parant, après Chaslin, c'est notre Maître et notre ami, le D<sup>r</sup> Ch. Vallon qui a été enlevé brusquement par un mal implacable. *Les Annales Médico-Psychologiques*, dont il fut l'ami de toujours, lui doivent un souvenir ému et un hommage.

Interne des Asiles de la Seine, Chef de Clinique du professeur B. Ball, Ch. Vallon avait acquis par un long et laborieux apprentissage cette connaissance approfondie des aliénés que nulle érudition, nulle culture livresque ne saurait donner. Aussi, sa maîtrise s'affirma-t-elle sans effort dès qu'il fut titulaire d'un service (1885). Clinicien rompu à toutes les difficultés de l'observation, il excellait à éclairer pour ses élèves la route obscure qui mène au diagnostic et au pronostic. Il savait les ramener dans le bon chemin quand ils s'égarèrent. Et s'il arrivait que lui-même se heurtât à de particulières difficultés, il ne songeait pas à dissimuler ses doutes, et il demandait très simplement qu'on lui fit crédit pour la solution du problème clinique.

La liste des ouvrages de Vallon est longue. Il n'est guère de question de psychiatrie théorique ou pratique qu'il n'ait abordée. Paralyse générale, délires transitoires, criminologie, simulation de la folie, toxicomanies, psychoses religieuses, pseudo-P. G., hallucinations, obsessions, aliénés méconnus et condamnés, les aliénés en Russie, etc., etc. Ces travaux, dont plusieurs couronnés par l'Académie de Médecine, l'avaient porté à un rang éminent parmi les aliénistes français. De bonne heure, il avait manifesté une spéciale prédilection pour la Médecine légale et il lui a consacré de nombreuses publications. La netteté de son esprit, la sûreté de ses déductions cliniques, la franchise de ses conclusions l'imposèrent rapidement



à la confiance des magistrats. Riche de l'expérience acquise par de longues années d'expertises, il méditait la publication d'un traité de médecine légale psychiatrique vraiment complet. Sa recherche constante du mieux, ses scrupules de rigoureuse documentation laissaient l'œuvre encore inachevée quand la mort est venue l'interrompre brutalement. Le remarquable abrégé qu'il en a donné, dans le traité de pathologie mentale publié par G. Ballet, sous le titre « *La Pathologie mentale au point de vue administratif et judiciaire* », nous fait vivement regretter que le temps n'ait pas permis à Vallon de donner à son œuvre médico-légale tout le développement qu'il lui avait assigné.

L'homme, chez Vallon, ne le cédait en rien au savant clinicien, au médecin-légiste éprouvé. Pour ses élèves, il a été un maître, non pas seulement parce qu'il les a initiés aux difficultés de la clinique mentale, parce qu'il a facilité leurs débuts, abrégé leurs inévitables tâtonnements. Il a été leur maître aussi par l'exemple de sa vie professionnelle, toute de droiture et de loyauté. Et tel il était dans son service d'asile, tel il était au dehors, dans les relations sociales. Il n'avait rien d'un Philinte, dont la banale amabilité s'épanche également sur tous, qui veut plaire à tous, même à ceux qu'il méprise en secret. Il voulait choisir. Mais quand il avait choisi, il était l'ami fidèle et sûr, à qui l'on pouvait recourir aux heures où l'on cherche un conseil judicieux, une direction utile, un réconfort. Sa conscience rigide n'a jamais consenti de compromission ou de complaisance sur ce qu'il jugeait être le devoir, et, du devoir, il avait une très haute conception.

Cette droiture, cette loyauté, autant que ses titres scientifiques, avaient valu au D<sup>r</sup> Vallon, avec l'affection dévouée de ses élèves et de ses amis, la respectueuse estime de tous ceux qui l'approchaient. Il a été appelé de bonne heure, et comme par un droit naturel, à la présidence des diverses Sociétés auxquelles il appartenait, à la présidence d'une des sessions (Nantes, 1909) de notre Congrès des Aliénistes et Neurologistes et, peu de temps avant sa mort, il pré-

sidait le Congrès de Médecine légale tenu à Paris. Cet honneur, hommage rendu à sa haute valeur de médecin-légiste, a été une des dernières joies de notre maître.

Il y a quelque vingt ans, une épreuve terrible avait assombri sa vie. Au cours d'une visite de ses malades, à Ste-Anne, un persécuté le frappait d'un coup de couteau qui atteignait la moelle, à la nuque. Pendant de longs jours, nous restions étreints par l'angoisse des conséquences redoutées de cette blessure. Enfin, la guérison fut obtenue, mais une guérison relative qui laissait le Dr Vallon sous le coup de crises douloureuses assez fréquentes. Il supporta l'épreuve avec un véritable stoïcisme qui ne s'est jamais démenti. Il put connaître alors, d'une manière éclatante et particulièrement touchante, l'estime qui l'entourait, lorsqu'il nous fut donné de fêter son rétablissement dans une réunion où se pressait la foule de ses amis, de ses élèves, de ses compatriotes Limousins et des nombreux confrères qui avaient tenu à lui apporter un témoignage de sympathie. Pour tous ceux qui purent y participer, cette réunion demeure inoubliable.

A la déclaration de guerre, Vallon, bien que dégagé par son âge de toute obligation militaire, voulut répondre à l'appel. Envoyé d'abord, sans attributions utiles, à Orléans, il fut bientôt rappelé, par une décision intelligente, au Conseil de guerre du Gouvernement militaire de Paris, dans un poste qui lui permit de rendre tous les services que l'on pouvait attendre de sa compétence de médecin-légiste.

Vallon ne concevait pas l'existence sans le travail. Il a travaillé jusqu'à sa dernière heure. C'est à la sortie d'une séance de cette Société de Médecine légale qui lui tenait tant au cœur, que s'est abattu sur lui le mal qui devait l'emporter six jours après. Sa vie de labeur, de dévouement aux malades et à la science, mérite de rester un exemple et un modèle.

Puisse Mme Vallon, dont la tendre et ingénieuse sollicitude n'a jamais fait défaut à son mari, dans les joies comme dans les tristesses de l'existence, trouver dans cette pensée un adoucissement à la cruauté de la brutale séparation.

F.-L. ARNAUD.

# Sur la Maladie d'Alzheimer dans ses Rapports avec la Démence Sénile

Par MM.

NAYRAC,	et	DUBRUILLE,
Chef de Clinique		Médecin Assistant
Travail du Service de M. le Professeur RAVIART		
(Clinique psychiatrique de l'Université de Lille)		

---

L'un de nous, dans sa thèse inaugurale (1) a rapporté l'observation anatomo-clinique d'un cas assez typique de maladie d'Alzheimer, cette curieuse démence de la présénilité, accompagnée de signes d'organicité appartenant surtout à la série asymbolique et caractérisée anatomiquement par l'existence de « plaques argyrophiles » et de « cellules d'Alzheimer ». Nous la résumons ici.

\*\*

Rosalie B..., 52 ans, ménagère.

Pas d'antécédents notables. Instruction primaire.

Le début des phénomènes morbides date de 1923. Il fut constitué par des réactions paranoïdes et mélancoliques.

La malade entra à la Clinique en mars 1924. On constatait alors un état démentiel patent, avec désorientation, diminution du stock des connaissances scolaires et indifférence affective. On notait aussi certains signes de la série confusionnelle : conservation relative de certains souvenirs, fatigabilité, conscience de l'état morbide. Une dysarthrie très prononcée, pseudo-paralytique, existait, sans éléments d'asymbolie sensorielle ni d'apraxie. En même temps, les membres inférieurs présentaient un certain degré de spasti-

---

(1) H. DUBRUILLE. — Essai sur la maladie d'Alzheimer. *Thèse de Lille*, 1924.

cité, et l'appareil oculaire un signe d'Argyll Robertson inversé. Pas d'artério-sclérose à l'examen clinique. L'examen biologique du liquide céphalo-rachidien le montrait normal.

L'évolution fut rapidement progressive, la mort survint, un an et demi après le début des accidents.



A l'autopsie, nous avons trouvé une atrophie macroscopique des circonvolutions cérébrales.

A l'examen histologique, il existe une déchéance massive avec chromatolyse complète des cellules et des fibres corticales. Par la méthode à l'imprégnation argentique, on remarque de nombreux dépôts argyrophiles dans les cellules, réalisant souvent l'aspect réticulé endo-cellulaire dit « cellules d'Alzheimer ». On note aussi de nombreuses « plaques argyrophiles » (1) avec leur aspect typique de chrysanthèmes stylisés en silhouette. La névroglie présente une réaction hyperplasique diffuse, sans qu'on puisse préciser ses rapports avec les plaques argyrophiles.

Il n'existe aucune lésion artério-scléreuse, pas d'état ver-moulu, pas d'état lacunaire, mais quelques lacunes péri-vasculaires. On ne note pas de surcharge pigmentaire.

L'intensité des lésions est d'ailleurs variable — et tout à fait irrégulièrement — selon les points de la topographie cérébrale envisagés.



Cette étude nous a amené à nous poser la question des rapports de la maladie d'Alzheimer avec la démence sénile. En effet, c'est dans le chapitre « démence sénile » que les auteurs étudient la maladie d'Alzheimer. Régis la place dans la démence artério-scléreuse, elle-même forme clinique de la démence sénile. Dide et Guiraud, qui tendent à confondre démence artério-scléreuse et démence sénile, font de la maladie d'Alzheimer une forme clinique de cette

---

(1) C'est à dessein que nous employons le terme de « plaques argyrophiles » au lieu de celui de « plaques séniles » couramment usité. En effet, ce dernier terme nous paraît, comme on le verra, renfermer une hypothèse implicite.

démence, sous le néologisme de « cérébro-sclérose agnoso-apraxique ». Truelle en fait une modalité anatomo-clinique de la démence artério-scléreuse de Binswanger. De même Sollier et Courbon la présentent comme une démence artério-scléreuse évoluant quelquefois avant la sénilité. Tinel, se plaçant, il est vrai, au point de vue anatomique strict, juge impossible de séparer démence sénile et maladie d'Alzheimer.

Kraepelin avait décrit la maladie d'Alzheimer avec la démence sénile, distincte d'ailleurs de la démence artério-scléreuse. Mais il critiquait lui-même sa classification en disant : « la signification clinique de cette maladie d'Alzheimer est actuellement encore obscure. Tandis que les résultats anatomiques pourraient suggérer l'hypothèse que nous avons affaire à une forme particulièrement grave de la démence sénile, contre cette hypothèse plaide en quelque mesure cette circonstance que la maladie quelquefois commence avant la fin de la quarantième année. Il faudrait donc, dans de semblables cas, concevoir au moins une sénilité précoce ; si pourtant il ne s'agit pas, peut-être, d'un processus morbide particulier, plus ou moins indépendant de la vieillesse. Le tableau clinique, avec sa démence extraordinairement grave, le profond trouble du langage, les manifestations spastiques, les ictus, l'éloigne toutefois de façon formelle de la presbyophrénie telle qu'elle accompagne ordinairement les altérations purement séniles de l'écorce. Peut-être existe-t-il des rapports avec l'un ou l'autre des tableaux morbides décrits plus haut parmi les maladies de la présénilité.

Lhermitte signale sans insister davantage combien ce tableau clinique diffère de la démence sénile banale. Simchowicz distingue la maladie d'Alzheimer et la démence sénile, mais la raison qu'il en donne est vraiment insuffisante : la différence des deux affections résiderait uniquement dans la distribution des lésions ; or, en bonne nosologie neuro-psychiatrique, c'est la nature des altérations et non leur localisation qui importe. Urechia et Danetz prennent position plus nettement et considè-

rent la maladie d'Alzheimer « comme une maladie à part et assez différente de la démence sénile ».

Quels sont donc les éléments qui rapprochent ou qui éloignent l'une ou l'autre de ces affections ?

Au point de vue clinique, le doute n'est pas possible. L'âge de début, tout le côté neurologique de l'affection, la rapidité d'évolution font de la maladie d'Alzheimer une affection très différente de la démence sénile, aussi différente cliniquement que peut en être la paralysie générale par exemple. Mais l'importance de ce critérium clinique est diminuée par ce fait que Pick a décrit — et bien d'autres auteurs après lui — des symptômes en foyer dans la démence sénile. Sans doute bien des descriptions anatomo-cliniques relatives aux faits étudiés par Pick paraissent aujourd'hui se rattacher au cadre de la maladie d'Alzheimer, mais cet argument même nous montre que c'est sur le terrain anatomo-pathologique que doit porter la discussion. Il importe seulement de retenir ce fait biologique intéressant que la maladie d'Alzheimer débute avant la sénilité, parfois même très tôt dans l'âge adulte.



Les lésions de la démence sénile sont bien connues dans leur ensemble : nous allons les passer rapidement en revue telles qu'elles ont été exposées dans le rapport de Léri, en les complétant au besoin par quelques travaux plus récents.

Macroscopiquement il s'agit d'une atrophie prédominant sur la partie antérieure du cerveau, avec très fréquemment un état criblé du parenchyme ou de petits foyers de désintégration lacunaire. Au microscope, les lésions sont aussi à leur maximum au niveau du lobe frontal. L'hippocampe est souvent touché.

Les cellules nerveuses sont diminuées de nombre et atrophiées. Une certaine partie en sont généralement intactes. Il existe une raréfaction du tigroïde de Nissl et une surcharge pigmentaire de pigment jaune lipo-

chrome. Les fibres nerveuses, tant tangentiellles que radiaires, sont diminuées de nombre.

La sclérose névroglique est généralement diffuse et modérée. Les vaisseaux sont généralement artério-scléreux, même s'il n'existe pas d'artério-sclérose générale.

Quant à l'imprégnation argentique, Fragnito signale qu'elle montre des lésions peu marquées du système neuro-fibrillaire. En revanche Marinesco signale l'hyper-trophie du réseau et sa coloration foncée, réalisant des « travées épaisses, circonscrivant des mailles rondes ou polygonales ». On reconnaît là une disposition anatomique proche de la cellule d'Alzheimer. D'ailleurs Simchowicz, Tinel, Rizzo, et bien d'autres encore, ont étudié de façon complète les neurofibrilles dans la démence sénile et ont retrouvé régulièrement la lésion d'Alzheimer. En même temps que cette lésion, l'imprégnation argentique a montré aux auteurs l'existence dans la démence sénile de plaques argyrophiles. Ces plaques ont été décrites en particulier par Redlich, Fischer, Alzheimer et ses élèves, Simchowicz, etc... On les a même appelées « plaques séniles », les croyant pathognomoniques. Tout récemment, Ivan Bertrand écrivait encore : « Si l'on constate au cours de l'examen d'un cerveau l'existence de nombreuses plaques séniles, on peut en inférer avec une certitude presque absolue qu'il s'agit d'un cerveau de vieillard ». L'existence de plaques argyrophiles dans notre cas ou même dans des cas plus précoces de maladie d'Alzheimer ne confirme pas cette opinion et nous préférons suivre Ivan Bertrand lorsqu'il déclare très sagement : « Il n'existe pas de formule histologique d'une affection donnée ».



Nous affrontons, pour rendre les résultats plus tangibles, l'anatomie pathologique des deux affections dans le tableau suivant :

MALADIE D'ALZHEIMER	DÉMENCE SÉNILE
<i>Cellules nerveuses</i>	<i>Cellules nerveuses</i>
Chromatolyse intense	Chromatolyse modérée
Lésion d'Alzheimer généralisée et intense	Lésion d'Alzheimer plus discrète
Pas de pigment	Pigment lipochrome
<i>Cellules névrogliques</i>	<i>Cellules névrogliques</i>
Hyperplasie diffuse	Hyperplasie diffuse
<i>Vaisseaux</i>	<i>Vaisseaux</i>
Lésions minimes	Artério-sclérose
<i>Substance interstitielle</i>	<i>Substance interstitielle</i>
Menues zones de raréfactions péri-vasculaires	Etat vermoulu. Etat lacunaire
<i>Plaques argyrophiles</i>	<i>Plaques argyrophiles</i>
<i>Topographie</i>	<i>Topographie</i>
Capricieuse	Lésions assez régulièrement croissantes d'arrière en avant. Fragilité de la corne d'Ammon.

\*\*

En somme, nous voyons que les deux affections ont en commun d'abord la chromatolyse et la prolifération névroglique qui n'ont absolument rien de pathognomonique et se rencontrent dans toutes les altérations du système nerveux. La démence sénile a pour elle l'atrophie pigmentaire des cellules, l'artério-sclérose, les lésions périvasculaires importantes. Restent encore en commun les cellules d'Alzheimer, bien moins nombreuses dans la démence sénile, et les plaques argyrophiles.

Si nous ajoutons à cela ce fait biologique important: les différences dans l'âge d'apparition du mal, la conclusion qui semble s'imposer à première vue est qu'il faut séparer d'une manière complète les deux maladies. Le vieillard atteint d'une maladie d'Alzheimer serait en somme vieux et dément, et non dément parce que vieux.





Mais la démence sénile, tant cliniquement qu'anatomiquement, n'est pas d'après les travaux récents une chose simple. Elle doit être séparée de façon formelle de l'artério-sclérose cérébrale et même de la surcharge pigmentaire. D'après Tinel, c'est surtout à la présence des modifications de la substance argyrophile que serait dû l'affaiblissement intellectuel.

Pourtant Simchowicz signale des plaques séniles chez des gens âgés, psychologiquement normaux ou atteints de psychopathies non démentielles. Lewy a signalé des plaques argyrophiles dans la maladie de Parkinson, Schaffer dans un cas de paralysie spasmodique familiale chez un individu jeune. Hübner pense que les plaques argyrophiles sont seulement un stigmate de sénilité. Mais tous ces auteurs négligent d'indiquer en quelle quantité les plaques argyrophiles se trouvaient dans la substance corticale. Il est bien certain comme le remarque Tinel qu'il y a là une question de quantité. Une plaque isolée et même plusieurs ne démontrent rien et le fait reste acquis que l'affaiblissement intellectuel sénile est surtout en rapport avec l'importance des modifications argyrophiles.

Dès lors la présence aussi bien dans la démence sénile que dans la maladie d'Alzheimer de ces éléments argyrophiles tendrait à nous faire admettre l'identité nosologique des deux processus. Aussi devons-nous étudier d'assez près ces modifications de la substance argyrophile corticale pour apprécier la solidité du lien qui relie les deux affections.



Qu'est-ce qu'une plaque argyrophile ? Nous avons ailleurs fait justice de l'hypothèse parasitaire. Plus sérieuse semble l'hypothèse, qui fut celle des premiers auteurs, d'après laquelle les plaques représenteraient une modification des fibrilles névrogliques. Et de fait il

est incontestable qu'il existe à leur niveau un épaississement du feutrage. Mais cet épaississement n'est pas constant et souvent, comme le notait Marinesco, « la plaque sénile apparaît comme une substance amorphe simplement superposée au tissu nerveux. Tout ce que l'on constate c'est que les cellules et fibres nerveuses qui traversent la plaque, imprégnées qu'elles sont par la substance argyrophile précipitée, se colorent à ce niveau avec une intensité toute particulière ». S'il n'y a dans la plaque argyrophile que de la névroglie, comment expliquer l'épaisseur des filaments et aussi leur mise en évidence par le Bielschowsky qui n'a pas prise sur le tissu glial. Il y a autre chose dans les plaques argyrophiles que de la névroglie, ne serait-ce que cette masse centrale amorphe ou cristalloïde et que ces bâtonnets épais ou granuleux. Le problème se trouve donc reculé.

En fait il semble difficile de pouvoir admettre qu'il n'y ait pas dans les plaques argyrophiles une matière anhiste, une sorte de précipité chimique dont nous ignorons complètement la constitution, ne lui connaissant qu'une propriété : celle de réduire le nitrate d'argent.

Quelle est la signification biologique de ces amas ? Ivan Bertrand les considère comme un produit de désintégration et les définit « une intrication d'éléments conjonctivo-névrogliques variés avec des produits du métabolisme cérébral, un précipité de ce métabolisme sénile dans une trame névroglique primitivement ou secondairement altérée ».

C'est là une théorie très satisfaisante. Mais nous n'avons pas le droit de ne pas discuter celle de Tinel, séduisante à maints égards malgré les critiques toujours possibles. D'après lui, les plaques argyrophiles dériveraient des plaques graisseuses qu'il a décrites avec Laignel-Lavastine et mises en évidence par la méthode du rouge Magenta à chaud. Ces plaques graisseuses elles-mêmes ne représenteraient pas des produits de désintégration, mais bien un apport venu au cerveau du reste de l'organisme, résultat par exemple d'un

trouble profond du métabolisme des graisses avec impossibilité de leur utilisation. La réaction névroglique est un fait secondaire à ce dépôt et favorise son élimination.

Cette théorie est passible de bien des objections. En premier lieu, l'origine intrinsèque de ces amas est attaquée par Tinel au moyen d'une expérience négative très contestable qui consiste à injecter du suc pancréatique activé dans le tissu cérébral chez l'animal, afin d'obtenir des lésions analogues à celles de la stéato-nécrose. Comme on pouvait le prévoir, ces expériences n'ont donné aucun résultat, ce qui ne prouve rien contre l'origine intrinsèque des plaques. Ensuite, et Tinel le reconnaît lui-même, les faits de transition entre les plaques graisseuses et les plaques séniles sont peu nombreux et d'observation difficile. Comment d'ailleurs ces plaques argyrophiles que Tinel suppose formées de substances protéiques et de mucine pourraient-elles dériver par voie de dégradation d'amas graisseux ? Ce serait là un fait contraire à tout ce que nous savons de chimie biologique. Et enfin l'existence objective même des plaques graisseuses n'est pas au-dessus de toute discussion. En variant les fixateurs Rizzo pense avoir montré que ces amas graisseux sont un artifice de préparation dû à la désintégration des lipoides cérébraux *in vitro*.

Pour clore cette discussion, nous pensons qu'il faut provisoirement considérer les plaques séniles comme un produit de désintégration, d'origine et de composition douteuses. Du travail de Tinel nous retiendrons l'importante notion de la « démence avec plaques », processus indépendant en quelque mesure des lésions pigmentaires et artério-scléreuses de la sénilité cérébrale, et d'ailleurs nécessaire à la production de l'état pathologique dit « démence sénile ».

\*  
\*\*

Les mêmes incertitudes se rencontrent si nous nous tournons vers le second des éléments argyrophiles : la

cellule d'Alzheimer. Ce dernier considérerait cet aspect comme une modification pathologique, épaissement et simplification de la trame neurofibrillaire. De nombreux auteurs ont adopté cette façon de voir. Cajal considère la modification qui nous occupe comme une adaptation à l'état fonctionnel, Marinesco comme une sclérose des neurofibrilles. Tinel pense qu'il s'agit d'un double processus d'atrophie protoplasmique avec régression nucléaire et d'hyperplasie neurofibrillaire, ces phénomènes étant secondaire à l'action irritative des plaques séniles sur les cellules nerveuses. Rizzo croit, lui aussi, à une modification des neurofibrilles.

Quelle que soit l'autorité des auteurs que nous venons de citer, il nous est impossible de nous ranger à leur opinion. Il suffit en effet de comparer l'aspect d'une cellule d'Alzheimer à celui d'une cellule normale pour juger décidément impossible la transition du réseau neurofibrillaire à la cellule d'Alzheimer. Celle-ci, en particulier, se montre incomparablement plus argyrophile que celui-là. D'ailleurs l'exquise sensibilité des neurofibrilles à toutes les modifications, même physiologiques de la cellule, dans l'hibernation par exemple, rend difficilement concevable que d'aussi graves lésions cellulaires puissent coïncider avec une conservation relative du réseau. Notre maître a bien montré comment dans la paralysie générale les altérations en sont précoces, et la disparition fréquente.

Pour toutes ces raisons, nous pensons avec Simchowicz que l'altération d'Alzheimer n'a rien à voir avec le réseau neurofibrillaire normal. On trouverait d'ailleurs des fibres argyrophiles analogues dans des cellules dépourvues de neurofibrilles, les cellules névrogliques, comme l'ont montré Achucarro et Gayare. Simchowicz pense que l'altération d'Alzheimer est constituée par les fibrilles névrogliques. Il affirme qu'elles sont extra-cellulaires, ce qui nous paraît discutable, à l'examen de nos préparations personnelles. D'autre part, Simchowicz identifie ces fibrilles avec des corpuscules en bâtonnets colorables par le Weigert

pour la névrogliose et par la thionine. En vérité, il suffit de comparer les scrupuleuses images qui accompagnent son mémoire pour que, sans discussion possible, soit évidente l'indépendance absolue des deux ordres de lésions. Ces corpuscules para-cellulaires, nous ne les avons pas retrouvés d'ailleurs dans notre cas personnel ; au contraire, nous avons noté la disparition des corpuscules satellites. Nous n'avons pas noté de neuronophagie. Nous n'avons pas noté non plus de condensation névrogliose autour des cellules. Et ce seraient-là d'étranges fibres névrogliques que celles qui prendraient le Bielschowsky et non la fuchsine. Il ne nous semble donc pas que l'hypothèse de Simchowicz puisse être sérieusement défendue.

Provisoirement nous considérons donc les fibrilles d'Alzheimer comme des produits de déchets demeurés intra-cellulaires. Cette hypothèse est encore appuyée par la constatation d'amas argyrophiles d'allure pigmentaire, densifiés en grains, puis en filaments. Il n'est pas impossible que ces produits de déchets suivent des voies laissées libres par la dégénérescence des neurofibrilles : leur écoulement vers le cône d'implantation du cylindraxe serait assez favorable à cette hypothèse. Ou encore il n'est pas impossible qu'ils s'échappent par quelque fibrille névrogliose passant à proximité de la cellule, comme cela se produit d'ailleurs au niveau des plaques argyrophiles. Mais nous ne pouvons concevoir exactement les lois de cette répartition. L'œil au microscope regarde au sens strict des mots un monde situé dans d'autres dimensions que le nôtre ; la gravitation et la pesanteur y sont remplacées par la capillarité, les lois des colloïdes et les mouvements browniens. A nos yeux d'hommes, la dynamique d'un tel système ne peut guère être actuellement que complètement inintelligible.

\*\*

Donc, nous arrivons à la conception d'une véritable « dégénérescence argyrophile » du cortex cérébral

caractérisée par les plaques et par les cellules d'Alzheimer. De ces deux lésions, quelle a la priorité ? La plaque selon Tinel. A notre sens il est assez difficile de concevoir qu'un dépôt dans le cortex cérébral entraîne dans les cellules nerveuses l'apparition d'un précipité de nature identique, autant qu'on en peut juger par notre histo-chimie encore rudimentaire. N'est-il pas plus logique d'admettre avec Foix et Nicolesco que l'altération d'Alzheimer est le résultat d'une abiotrophie cellulaire ? Nous éliminons l'hypothèse d'un virus cytotrope à cause de l'absence de caractère épidémique et aussi à cause de l'absence de phénomènes inflammatoires même réactionnels. Quoi qu'il en soit, il nous semble plausible d'admettre, au moins provisoirement, que les plaques constituent, si l'on veut bien nous permettre l'expression, des « dépotoirs » recevant les détritits argyrophiles.



Ainsi la démence sénile n'est pas une ; elle comprend trois facteurs : l'artério-sclérose, génitrice de menues lésions en foyer et de troubles nutritifs ; la dégénérescence pigmentaire atteignant uniformément le cortex d'avant en arrière ; la dégénérescence argyrophile.

Dans la majorité des cas, l'intrication des trois éléments les rend difficilement dissociables. Pourtant dès longtemps la démence artério-scléreuse a été considérée comme distincte de la démence sénile. Il semble qu'il faille agir de la même façon en ce qui concerne la démence argyrophile.

La maladie d'Alzheimer ne serait autre chose que cette dégénérescence argyrophile pouvant survenir chez l'individu relativement jeune, ou même vieux, mais nanti d'un cortex peu sénilisé par ailleurs.

Pourquoi dans le cerveau sénile la dégénérescence argyrophile entraîne-t-elle une démence globale, alors que dans la maladie d'Alzheimer elle présente des signes en foyer assez nets ? Sans vouloir résoudre cette question fort obscure il n'est pas interdit de penser

que l'état de moindre résistance créé dans le cortex par la dégénérescence pigmentaire étant uniforme permet une distribution assez homogène de la dégénérescence argyrophile dans la démence sénile. Au contraire, comme le note Foix, la présénilité donnerait plutôt des lésions focales, plus bas situées quelquefois. Cela tient sans doute à ce que dans ce cas de très menues prédispositions locales, par exemple des troubles circulatoires minimes, interviennent pour amener une répartition capricieuse des lésions.



Mais que devient dans cette conception la démence sénile ? Si nous en distraions l'artério-sclérose et la dégénérescence argyrophile, qui peuvent s'observer en dehors de toute sénilité, il ne nous reste de proprement sénile que la surcharge pigmentaire. Or il semble bien que cette surcharge pigmentaire sénile n'entraîne pas un trouble morphologique et fonctionnel suffisant pour amener un état dementiel. En sorte qu'un esprit doctrinal ne manquerait pas de supprimer la démence sénile et de la dissocier entre la démence artério-scléreuse et la démence argyrophile. La démence sénile serait un cas particulier de la maladie d'Alzheimer.

Mais laissons ce paradoxe. Si nous nous rapportons au terrain de la saine clinique, la démence sénile est une entité indiscutable. La démence artério-scléreuse pure est rare. Quant à la maladie d'Alzheimer, c'est une curiosité qui ne saurait bouleverser notre édifice nosologique. Le mieux est donc, pour l'équilibre épistémologique de garder dans la rubrique « démence sénile » la triade « pigment, artério-sclérose, argyrophile » en en notant les nuances anatomiques. A l'annexe « démence artério-scléreuse » qu'y ajoutent les traités, nous joindrons l'annexe « démence argyrophile » pour que l'étude soit complète. Ainsi notre nosologie restera ce qu'elle doit être : le prélude de la Clinique courante.

La maladie d'Alzheimer n'est pas une forme clinique de la démence sénile c'est une affection apparentée à

la démence sénile. Nous ne pourrions l'en séparer que le jour où les progrès de la science nous auront montré que les causes de la dégénérescence argyrophile sont différentes dans les deux affections.

\*  
\*\*

La conclusion de cette discussion des idées actuellement en cours sur les éléments argyrophiles qui forment le point commun de la démence sénile et de la maladie d'Alzheimer, c'est que ces éléments semblent devoir être considérés comme les produits d'une désintégration spéciale des cellules corticales : la dégénérescence argyrophile. Associée à la pigmentation sénile de l'écorce et le plus souvent à l'artério-sclérose, elle réalise cliniquement comme anatomiquement, la démence sénile. Indépendamment de ces deux dernières lésions elle peut amener, dès l'âge mûr, la maladie d'Alzheimer.

On peut donc comparer la maladie d'Alzheimer à la démence artério-scléreuse : dans la majorité de cas elle se confond avec la démence sénile. Mais des traits anatomo-cliniques d'une individualité incontestable permettent en certains cas de l'en séparer.

Provisoirement, tant que des recherches ultérieures n'auront pas fait la lumière sur l'étiologie ou les étiologies de la dégénérescence argyrophile, le mieux est de laisser la maladie d'Alzheimer, à côté de la démence artério-scléreuse, en marge de la démence sénile, au titre d'affection apparentée.

## BIBLIOGRAPHIE

1. ACHUGARDO et GAYARE. — Contribution al estudio de la neuroglia en la cortesa de la dementia senil y su participation en la alteration cullular de Alzheimer. *Trab. d. Labor. d. investig. Biol.*, XII.
2. ALZHEIMER (A.). — Über eine eigen artige Erkrankung der Hirnrinde. *Zentralblatt für Neurol. und Psych*, 18, 1906.
3. ALZHEIMER (A.). — Über eigen artige Krankheitsfalle des späteren Alters. *Zeitschrift f. die gesamte Neurol. u. Psych*, vol. IV, fasc. 3, 1911, p. 356.
4. BARRETT. — A case of Alzheimers Disease with unusual



neurological Disturbances. *The Journal of Nervous and mental Diseases*, vol. XXXX, p. 361.

5. BERTRAND (Ivan). — *Les processus de désintégration nerveuse*. Paris, Masson, 1923.

6. BESIÈRE (R.). — La maladie d'Alzheimer. *Revue générale. Revue de Psychiatrie*, janvier 1913.

7. BIELSCHOWSK (M.). — Zur Kenntnis der Alzheimerschen Krankheit (präsenilen Demenz mit Herdsymptomen). *Journal für Psychologie und Neurologie Ergänzungsheft*, I, 274, 1911.

8. BONFIGLIO. — Di speciali reperti in un caso di probabile sifilide cerebrale. *Rivista sper. di Freniatria*, 34.

9. BORNSTEIN. — Ein Fall von Alzheimerschen Krankheit. *Neurologia Polska*, vol. IV, n° 1.

10. RAMON y CAJAL. — *Histologie du système nerveux de l'homme et des vertébrés*. Paris, Maloine, 1909.

11. CIARLA (Er.). — Alzheimer's Krankheit, *Arch. für Psychiatrie*, Ad., 55, vol. I.

12. CREUTZFELD. — Beitrag zur Alzheimerschen Krankheit. *Congrès de Brême*, 1921. In *Zentralblatt für die ges. Neurol. und Psych.*, vol. XXIX, p. 249, 1922.

13. DIDE et GUIRAUD. — *Psychiatrie du médecin praticien*. Paris, Masson, 1922.

14. FISCHER. — Die presbyophrone Demenz, deren Anatomische Grundlage und Klinische Abgrenzung. *Zeitschrift für die ges. Neurol. und Psych. Orig.* 3.

15. FISCHER. — Ein weiterer Beitrag zur Klinik und pathologie der presbyophrenen Demenz (4<sup>e</sup> Revue).

16. FOIX et NICOLESCO. — Contribution à l'étude des grands syndromes de désintégration sénile cérébro-mésencéphalique. *Presse Médicale*, novembre 1923, t. II, p. 957.

17. FRAGNITO — Sur quelques altérations de l'appareil neurofibrillaire des cellules corticales dans la démence sénile. *Annali di Neurologia*, an XXII, fasc. I, 2, p. 131, 1904.

18. PRESSENDORF. — Alzheimer's Krankheit. In *Allgem. Zeitschrift für die Psychiatrie*, 1920, p. 432.

19. FRETZ. — De ziekte van Alzheimer. Analyse dans le *Jahresbericht* de 1917, p. 4-455.

20. FREY. — Beiträge zur Klinik und pathologischen Anatomie der Alzheimerschen Krankheit. *Zeitschrift f. d. ges. Neurol. und Psych.*, vol. XXVI, 4, 5, 1913.

21. FULLER. — Alzheimer's Disease (Senium præcox) the report of a case and Review of published cases. *The journal of nervous and mental Diseases*, vol. 39, n° 7-8 et *Westboroug State Hosp. Papers*. ser. I, p. 175.

22. FULLER. — Ein Fall von Alzh. Krankheit. *Zeitschrift für d. ges. Neurol. und Psych.*, Bd. X, vol. XI, p. 158.

23. FULLER and KLOPP. — Further observations on Alzh. disease. *American Journal of Insanity*, VI, LXIX, fasc. 12, p. 17.

24. GAKKEBUSCH und GEIER. — Über « Alzheimersche Krankheit ». *Psych. d. Gegenwart*, 6, 253, 1912.

25. HUBNER. — Sur l'histo-pathologie de l'écorce du cerveau sénile. *Archiv. für Psychiatrie*, t. XLVI, fasc. 2, p. 598, 1909.

26. JANSSENS (G.). — Ein Fall der Alzheimerschen Krankheit. *Psych. en Neurol. Bladen*, 15, 363, 1911.
27. KRAEPELIN (D.). — *Psychiatrie* (8<sup>e</sup> édition, 1920, t. II, p. 624).
28. KRAEPELIN (D.). — Demonstration eines Falles von Alzheimerschen Krankheit. *Zentralblatt f. d. ges. Neurol. und psych.*, p. 431, vol. XXX, 1922.
29. LAIGNEL-LAVASTINE et TINEL. — Présence d'acides gras dans certaines plaques corticales de la démence sénile. *Société de Biologie*, 12 novembre 1921.
30. LÉRI. — Le cerveau sénile. *Congrès des Aliénistes et Neurologistes*. Lille, août 1906.
31. LEWY (F.-H.). — Cité par A. Jacob. *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, vol. 74, p. 54, 1922.
32. LHERMITTE et NICOLAS. — Sur la maladie d'Alzheimer. *Annales Méd.-psych.*, p. 435, 1923.
33. LUI (M.). — Zur Kasuistik der Alzheimerschen Krankheit. *Zeitschrift für die Neurol. und Psych.*, vol. LV, p. 60.
34. MARINESCO. — Nouvelles recherches sur les neurofibrilles. *Revue Neurologique*, août 1904.
35. MARINESCO. — Etude anatomique et clinique des plaques dites séniles. *Encéphale*, 10 février 1912.
36. NICOLAÏER. — Alzheimersche Krankheit. *Société Neurol.-psychiatrique de Berlin*, novembre 1913.
37. OBREGIA, URECHIA et POPEA. — Un cas de boala lui Alzheimer. *Lucrarile laboratorului si clinicele boalelor mintale Bucurest*, 1919.
38. PICK. — Initial Erscheinungen der Cerebralen Arterio-sclérose. *Monatschrift für Psychiatrie*, XIX, 97, 1909.
39. PERUSINI. — Über Klinisch und histologisch eigenartige psychische Erkrankungen des späteren Lebens alters. *Gist. und histopath. Arbeiten über die Grosshirnrinde*, 3<sup>e</sup> vol.
40. PIAZZA. — Contributto allo studio del nosografismo e del seiperto istopathologica della presbiefrenia. *Rivista italiana di neuropath. psych. ed elettroterapia*, 1912, 5, 193.
41. RAVIART. — Les neurofibrilles dans la paralysie générale. *Bull. de la Soc. Centrale de Médecine du Nord*, 10 février 1905.
42. REDLICH. — Über senile Epilepsie, etc. In *Allg. Zeitschrift für Psych.*, p. 76, vol. 18, 1920.
43. REDLICH. — Sclérose militaire de l'écorce cérébrale dans l'atrophie sénile. *Jahrbücher für Psych.*, 1898.
44. RÉGIS. — *Précis de psychiatrie*. Paris, Doïn, 6<sup>e</sup> édition, p. 580.
45. CRISTOFORO RIZZO. — Contribution à l'histologie pathologique de la sénilité. *Rivista di Pathologia nervosa e mentale*, t. XXIX, fasc. 5-6, septembre 1924.
46. SALA. — In *Folia neurobiologica*, 5, 512, 1913.
47. SALOMON, ANSALONE, LADAME (Ch.) et BESSIÈRE, cités par E. Régis, Ch. Lambert. *The Journal of nervous and mentale diseases*, p. 189 n° 2, vol. XXXIV.
48. SARTESH. — *Rivista sper. di Freniatria*, XXXV, 1909.
49. SCHAFFER (R.). — Zur Pathologie und path. Histologie der spas-tischen Heredodegeneration (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, vol. LXXIII, p. 101.

50. SCHNITZLER. — F. G. Zur Abgrenzung des sog. Alzheimerschen Krankheit. *Zeitschrift für die ges. Neurol. und Psych.*, orig. 7.
51. SCHUSTER. — Considération sur la maladie d'Alzheimer. *Gyogyaszat*, 1919, n° 10.
52. SCHUSTER. — Ein Fall von spastischer Heredodegeneration kombiniert mit Gliom. In *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilk.*, vol. LXXVII, p. 202, 1923.
53. SIMCHOWICZ. — La maladie d'Alzheimer et son rapport avec la démence sénile. *Encéphale*, 10 mars 1914.
54. SOLLIER et COURBON. — *Pratique sémiologique des maladies mentales*. Paris, Masson, 1924.
55. SPIELMEYER (W.). — Die Psychosen des Rückbildungs und Greisenalters. In *Handbuch der Psychiatrie d'Aschaffenburg*.
56. STERTZ. — Zur frage der Alzheimerschen Krankheit. In *Zentralblatt für die ges. Neurol. und Psych.*, p. 515, vol. XXV, 1921.
57. STERTZ. — Eigenartige Krankheits fall des späteren Alters. In *Allgem. Zeitschrift für Psych.*, vol. XXVIII, 1922.
58. STERTZ. — Demonstration eines Falles von praseniler Demenz mit Herdsymptomen. *Congrès de Breslau*, 7, XII, 1912.
59. TINEL. — Les processus anatomo-pathologiques de la démence sénile. *Revue Neurologique*, juillet 1924, tome II, n° 1, p. 23.
60. TRUELLE. — Deux cas de maladie d'Alzheimer. *Bulletin de la Société Clinique de Médecine mentale*, juillet 1914.
61. URECHIA et DANETZ. — Considérations sur la maladie d'Alzheimer. *Encéphale*, juin 1924.
62. VEDRANI et GRIVADANZA (A.). — Parto e psychose chroniche. La malattia di Alzheimer. La bancavotta della melancolia semplice. *Quaderni di Psichiatria*, I, f. 5, 1911 et *Bellotino dei maniconi*, 1910, n° 7.
63. ZIVER (A.). — Su di un caso annoverabili ne la cosiddetta « malattia di Alzheimer ». *Rivista di Pathologia nervosa e mentale*, 1912, p. 137.
64. ZIVERI (A.). — Nuovo contributi per la mal. di Alzh. *Rassegna di studi psichiatrici*, vol. III, p. 187, 1913.

*Addendum* : Cet article était rédigé quand fut publiée dans « l'Encéphale » la substantielle revue de Lhermitte. Nous y renvoyons le lecteur soucieux de précisions.

# LES REGRETS MORBIDES

(Contribution à l'étude des attitudes schizophréniques)

Par E. MINKOWSKI

---

Dans une communication, faite au dernier Congrès des Aliénistes et des Neurologistes de France et de langue française, nous avons essayé de préciser la notion des attitudes schizophréniques.

Bleuler a mis en évidence les symptômes cardinaux se rapportant à l'idéation, à l'affectivité et aux volitions des schizophrènes. D'autre part, sous l'influence des conceptions psychoanalytiques, il introduisait avec ses élèves dans la psychopathologie de la schizophrénie les notions du contenu de la psychose et des complexes.

En présentant aux aliénistes français l'œuvre de mon maître, je fus amené à faire de la notion de perte de contact avec la réalité le point central de sa conception. Je parlai en même temps de démence, ou comme j'aurais dit aujourd'hui, de déficit pragmatique.

Ces notions devinrent le point de départ des travaux publiés en France sur la schizophrénie. Nous avons en vue, avant tout, les travaux, issus de la clinique de Ste-Anne, ainsi que nos propres recherches, entreprises avec notre maître, M. Rogues de Fursac, tout d'abord, et poursuivies ensuite avec M. Targowla et Mme Minkowska. Ces travaux semblent devoir enrichir la psychopathologie de la schizophrénie d'un chapitre nouveau, celui sur les attitudes schizophréniques. Nous essayerons de montrer de quoi il s'agit, selon nous.

MM. Heuyer et Borel présentaient en 1922 à la « Société de Psychiatrie » une malade sous le titre : « Délire de Rêverie », en faisant dans cette communication une large part aux idées de Freud et de Bleuler. M. Claude et ses élèves Brousseau, Borel et

Robin, donnaient une ampleur toute particulière à l'étude de cas analogues et précisaient de plus en plus le mécanisme de la rêverie morbide, en tant que perte de contact avec la réalité (1).

Mais qu'est-ce donc que la rêverie morbide ? Elle ne peut être mise sur le même plan que la dissociation de l'idéation ou l'ambivalence de Bleuler. Elle ne peut, de ce fait, être rangée parmi les symptômes schizophréniques, dans le sens propre du mot. Elle n'est pas davantage un complexe. Le contenu de la rêverie peut être constitué par des complexes, mais la rêverie morbide, elle-même, est tout autre chose. Il s'agit là d'une *façon d'être*, d'une *attitude particulière*. Nous voyons ainsi se dégager progressivement l'idée de l'attitude schizophrénique, venant s'interposer entre le symptôme d'une part et le complexe de l'autre. Nous ne nous contentons plus d'énumérer les symptômes par lesquels se traduit la perte du contact avec la réalité, ni de rechercher les complexes qui pourraient être à leur base, mais nous essayons en plus de pénétrer, *comment la personnalité humaine tout entière perd ce contact*, en se retranchant derrière un phénomène de la vie normale.

En raison même de la possibilité de rapprocher l'attitude pathologique de certains malades d'un phénomène courant de la vie, telle la rêverie, ces malades paraissent avoir beaucoup plus d'affinité avec le psychisme normal que ceux où un tel rapprochement ne semble guère possible et où nous ne constatons que les signes de désagrégation, c'est-à-dire les symptômes schizophréniques.

On pourrait ainsi être tenté de restreindre, au profit des malades dont nous parlons, les cadres de la schizophrénie bleulerienne. Cependant les symptômes schizophréniques ne font jamais entièrement défaut chez eux. Et puis, — et ceci est à considérer également, — la rêverie est loin d'être la seule attitude, pouvant traduire, dans le domaine de la schizophrénie, la perte de contact avec la réalité. Ainsi, M. Borel, dans un mémoire paru récemment dans le *Journal de Psycho-*

(1) *Annales Médico-psych.* et *Encéphale*, 1923, 1924 et 1925.

*logie*, désigne la façon d'être de ses malades du nom de *bouderie morbide*. D'autre part, nous allons rapporter plus loin l'observation d'une schizophrène qui, ni rêveuse, ni boudeuse, traduisait la partie de sa vie psychique qui restait encore accessible à autrui, par une fixation malade à son passé, par des regrets toujours les mêmes, stériles et stéréotypés. Nous parlerons dans ce cas de *regrets morbides*.

Rêverie, bouderie et regrets morbides, présentent tous une affinité avec des phénomènes de la vie normale qui, par leur nature déjà, sont des réactions de retrait par rapport à l'ambiance. Mais tandis que dans les conditions habituelles, ces phénomènes ont un rôle important à remplir, ils deviennent dans le psychisme des schizophrènes, des positions de repli définitif. Ils prennent ici un caractère stéréotypé, en perdant tout lien avec la propulsion normale vers l'avenir et en devenant ainsi de véritables attitudes schizophréniques. Il paraît possible d'appliquer ici la notion de psychorigidité dont a parlé récemment dans sa thèse M. Montassut (1). D'autre part un parallèle entre ces *stéréotypies psychiques* et les stéréotypies psychomotrices, connues par ailleurs, s'impose tout naturellement.

Les phénomènes dont nous avons parlé jusqu'à présent, possèdent tous un caractère affectif. La rêverie, la bouderie, le regret, sont, si nous osons nous exprimer ainsi, des phénomènes idéo-affectifs. Ils comprennent tous un thème idéique, revêtu d'une teinte ou d'une réaction affective particulière. Il n'en est plus de même, si nous passons à une autre série d'attitudes schizophréniques. En cherchant à préciser les diverses modalités de *l'autisme*, nous avons été amenés à parler, avec M. Rogues de Fursac, de *rationalisme morbide* (2), à décrire ensuite, avec M. Targowla, *l'attitude interrogative* (3), à étudier enfin avec Mme Minkowka le comportement particulier d'un malade comportement caractérisé par une *hypertrophie morbide des*

(1) La constitution paranoïaque. Thèse de Paris, 1921.

(2) *Encéphale*, avril 1923.

(3) *Ann. médico-psych.*, mai 1923.

*facteurs statiques et géométriques* (1) de notre pensée. Comme dans les attitudes précédentes, il s'agit ici également d'une fixité exagérée d'éléments essentiels de notre vie normale. Ces éléments n'étant plus ni dirigés, ni limités par l'intuition de la juste mesure et de l'à-propos, prennent des proportions monstrueuses. Ici aussi nous constatons ainsi une défaillance profonde du contact vital avec la réalité. Ici aussi enfin ces attitudes viennent se combiner avec des symptômes schizophréniques, circonstance qui nous fait rattacher ces cas à l'entité nosographique, délimitée par Bleuler. Je note en passant que dans le cas décrit avec M. Targowla j'ai pu constater, au bout de plusieurs mois, la disparition des phénomènes obsédants qui firent place alors à un état de déficit schizophrénique tout à fait typique.

Tels sont les points communs avec les attitudes décrites en premier lieu. Mais tandis que la rêverie, la bouderie et le regret sont, comme nous le disions tout à l'heure, des phénomènes idéo-affectifs, le rationalisme morbide ou l'attitude interrogative ont trait à des phénomènes purement intellectuels. Ici réside la différence. Elle a pour conséquence que ces derniers malades sont, dans leur façon d'être, déjà plus éloignés du psychisme normal que les premiers, nous paraissent plus distants et plus difficiles à comprendre.

Nous terminions notre communication par les conclusions suivantes :

1° La psychopathologie de la schizophrénie semble devoir comporter, en dehors de l'étude des symptômes essentiels et des complexes, un chapitre nouveau sur les attitudes schizophréniques. Ce chapitre serait tout à fait conforme aux idées générales exprimées en 1910 par Binet et Simon dans leur travail sur la « Définition des principaux états d'aliénation » (*Année Psychologique*, 1910. Voir également E. Minkowski : « La genèse de la notion de schizophrénie et ses caractères essentiels » dans « *Evolution Psychiatrique* », Payot, 1925).

---

(1) Troubles du dynamisme mental et phénomènes obsédants. *Ann. médico-psych.*, mai 1924.

2° Ces attitudes ne se retrouvent pas dans tous les cas de schizophrénie ; elles permettent de distinguer les formes plastiques de cette affection des formes aplastiques.

3° Ces attitudes peuvent provisoirement être divisées en deux groupes : les attitudes idéo-affectives et les attitudes purement intellectuelles. Une classification des formes plastiques serait peut-être possible sur cette base.

4° La connaissance de ces attitudes nous permet de mieux comprendre certains schizophrènes. Elle a ainsi une portée thérapeutique en nous permettant d'établir plus facilement un contact affectif avec ces malades.

5° Toutes ces attitudes se laissent subordonner à la notion première de schizophrénie. Elles s'accompagnent de symptômes schizophréniques et tendent vers un état de désagrégation typique. Elles doivent être rangées ainsi dans le domaine de la schizophrénie, tel qu'il a été délimité par Bleuler.

Nous voudrions montrer aujourd'hui, à l'aide d'un exemple, le rôle que peut être appelée à jouer la notion des attitudes schizophréniques dans l'analyse psychologique des malades, atteints de cette affection.

Il s'agit d'une malade âgée de 47 ans, mariée, ayant une fille de vingt ans.

Le mari ne nous fournit que des renseignements sommaires sur les antécédents de la malade. Avant l'apparition des troubles actuels, il ne veut avoir remarqué chez elle aucun trouble psychopathique. Il y a deux ans et demi, la malade fut opérée d'un fibrome. Elle n'eut plus ses règles depuis. Un an après l'opération apparurent les premiers troubles mentaux. La malade disait qu'on la suivait dans la rue. Cette idée disparut par la suite, mais fit place à d'autres manifestations morbides. La malade commence à voir des choses imaginaires, et plus particulièrement une fillette qui avait été à l'école avec elle il y a quarante ans. Par moments, la malade a des accès d'énervement. Elle jette alors par terre tout ce qui lui tombe sous la main, dit de gros mots et cherche à se faire du mal. En dehors de ces accès, elle parle peu, ne suit pas la conversation, semble être absorbée par ses pensées. Les derniers temps, elle



disait qu'elle se déplaisait à la maison. Il y a trois jours, elle se fit couper les cheveux selon la mode actuelle et l'a regretté ensuite.

Nous avons eu l'occasion d'observer la malade pendant six semaines. Tout d'abord, ayant constaté chez elle une poussée de bronchite (la malade avait déjà été soignée pour un début de tuberculose il y a vingt ans), nous lui conseillions de garder le lit. Elle le fait docilement, ne trahit aucun ennui, n'exprime aucun désir, ne dit spontanément rien et paraît se désintéresser entièrement du monde ambiant ainsi que de son propre sort. L'infirmière la classe rapidement parmi les « hallucinés et les grands malades ».

Au bout de huit jours, la malade commence à se lever et à descendre au jardin. Elle le fait alors d'une façon irrégulière, descend parfois à des heures indues, de grand matin, avant le petit déjeuner, en robe de chambre et en chaussons. Parfois elle remonte et redescend à plusieurs reprises, sans raison apparente. Dans le jardin, elle reste assise dans un coin, ne parle à personne, ne s'intéresse à rien. Elle quitte ainsi la Maison de Santé au bout de six semaines, sans avoir adressé la parole à aucun autre malade.

Pendant la visite médicale, que je prolonge volontairement, la malade ne dit presque rien spontanément. Elle répond cependant docilement aux questions, mais ses réponses sont courtes, vagues, bien souvent contradictoires.

A mon égard, elle garde une attitude impersonnelle. Une fois seulement, c'était vers la fin de son séjour, en me voyant l'air préoccupé, elle me dit en souriant : « Vous réfléchissez de trop, docteur. » Une autre fois, à la même époque, comme j'avais dû m'absenter pendant quelques jours, elle me déclara à mon retour que des méchantes gens lui disaient que je ne reviendrais plus. Et ce fut tout pendant six semaines. A ce moment d'ailleurs, j'avais l'impression d'avoir réussi à établir un certain contact affectif avec ma malade.

A ce propos, je voudrais mentionner encore un détail qui, de prime abord tout au moins, semble concerner ma propre personne plus que celle de la malade. Ce détail cependant n'est pas dénué d'intérêt. C'est que maintenant, en raison de l'importance attribuée en psychiatrie aux facteurs affectifs, nous ne nous bornons plus à enregistrer, en observateurs impassibles, les troubles éclatants de l'aliénation mentale, mais faisons entrer en jeu, comme moyen d'investigation, toutes les forces vives de notre pro-

pre psychisme. C'est à elles que nous mesurons les anomalies du comportement et c'est ainsi que ce que nous vivons auprès de nos malades devient un facteur de diagnostic et d'appréciation tout aussi important, sinon plus important, que l'énumération usuelle de symptômes cliniques.

Or, au cours de nos entretiens, j'avais eu l'impression d'avoir pu pénétrer plus avant dans le psychisme de ma malade. Mais, quand je relus mes notes, prises scrupuleusement au jour le jour, je fus surpris et comme désillusionné par la monotonie, la pauvreté et le caractère vague de leur contenu. J'eus un moment d'hésitation. Devais-je encore parler de cette malade ? Son observation me paraissait maintenant tellement monotone et incomplète. Je me dis cependant par la suite que toutes ces impressions personnelles, reflet fidèle au fond du comportement de notre malade, ne pouvaient ne pas prendre place dans le tableau que nous essayons d'esquisser d'elle. Le vague, la monotonie se rapportent à l'idéation de la malade ; l'impression du progrès réalisé reflète, par contre, le côté affectif de notre interpsychologie. Comme telle, cette impression d'ensemble représente quelque chose de caractéristique. Nous n'aurions vécu rien de semblable, ni auprès d'une déprimée mélancolique chez laquelle la monotonie s'étend, d'un bout à l'autre de l'accès, aussi bien sur le thème idéique que sur les rapports affectifs avec l'ambiance, ni dans un cas de psychonévrose où, au fur et à mesure qu'avance l'analyse psychologique, l'observation s'enrichit de détails nouveaux, en même temps que le transfert devient de plus en plus actif.

Mais passons maintenant à la description clinique de notre cas. Nous avons tout d'abord des troubles psychosensoriels de nature visuelle et auditive à enregistrer.

Déjà, avant son entrée dans la Maison de Santé, notre malade entendait des personnes qui venaient vers elle et réclamaient d'elle une prière. Elle avait revu aussi dans ses idées une personne qu'elle détestait pour tout le mal que celle-ci lui avait fait. De même, la petite fille avec laquelle elle avait été à l'école à l'âge de sept ans et qui cherchait toujours à lui faire de la peine. Elle l'avait revue à force d'y avoir pensé. Elle entendait aussi qu'un dénommé M... devait épouser sa fille. Cet homme lui était imposé et elle lui faisait de vilains reproches. Elle donne d'ailleurs au sujet de M... des renseignements imprécis et contradictoires, le confond avec d'autres personnes, de sorte qu'on se demande s'il a jamais existé.

Le surlendemain de son entrée à la Maison de Santé, la malade nous déclare qu'elle commence à ressentir à nouveau du monde autour d'elle. Ce sont des personnes qui ne lui plaisent pas et qui voudraient la commander. Elles lui disent : vous allez vous lever, alors elle se dispute avec elles. Cette nuit elle les a vues, elles sont entrées dans la chambre. Cet individu lui dit qu'il l'attend, qu'elle devrait être auprès de lui, qu'on allait rire. Ce sont des personnes qui habitent auprès d'elle. C'est un individu qu'elle ne connaît pas, mais qu'elle voit ignoble. Il a été ramené du front pendant la guerre, il veut la présenter à sa famille et lui dit tout le temps : il faut. Il veut la conduire à son gré, faire d'elle ce qu'il veut. Il cherche à se venger de la société. Il a dû être tué au commencement de la guerre, puis sa famille a fait des démarches pour ramener son corps (1).

Les symptômes dont nous parlons persistent et ne font qu'augmenter d'intensité. Nous trouvons souvent notre malade au lit, la tête sous la couverture, refusant de changer de position, elle se cache devant les mauvaises personnes qui s'approchent d'elle. Bien souvent également, pendant la conversation, même quand il est question de tout autre chose, elle s'arrête et déclare voir près d'elle ces méchantes personnes. Tantôt c'est une vilaine femme qui dit des *Pater*, tantôt l'individu ignoble dont elle avait parlé, tantôt la personne qui la déteste et qui se moque d'elle. Elle proteste contre les agissements de ces gens. Elle ne veut pas que cette femme revienne, cette femme qui a détruit « l'union complète ».

Elle ne voit pas ces personnes aussi nettement que des interlocuteurs réels ; elles sont impalpables. Elle les situe cependant dans l'espace et montre exactement sur le plancher l'endroit où elle croit les voir. D'autres fois, par contre, elle dit les avoir en elle-même. Elle a toujours un mauvais garnement après elle. Il est en elle (montre sa poitrine). Elle voit ses traits. Il cherche à savoir ce qu'elle dit. Elle le déteste.

Elle voit cet individu qui l'attend pour faire la traite des blanches. Elle voit aussi la fille qu'elle déteste. (Ces

---

(1) Ces données sont fournies à la suite de questions que nous ne cessons de poser à la malade. Pour ne pas trop allonger l'observation, nous reproduisons ici seulement les réponses. Il en sera de même presque toujours, dans les pages suivantes. Nous remarquons, sans difficulté, combien tout ce que dit la malade reste vague. Elle ne parvient pas à préciser de quoi il s'agit.

paroles sont accompagnées d'une véritable explosion affective, comme s'il s'agissait d'un événement réel). Elle était tellement désespérée à cause de tout ceci qu'elle voulait se jeter à l'eau. Depuis, cet individu s'est agrippé après elle.

Tous ces gens sont après ses affaires, après tout, et ça l'agace. Quand elle met quelque chose, ils disent : « Elle ne va pas sortir ». A chaque mouvement qu'elle fait ils l'agacent. Elle ne veut pas se laisser commander comme ça. Elle n'est pas dans la tombe encore. Elle y sera peut-être bientôt. Il faudrait maintenant qu'elle reste couchée, couverte, les yeux fermés, sans faire le moindre mouvement. Ce sont des gens qui devraient rester dans la terre et ne pas venir ici. Pour elle ce sont des gens disparus.

Tels sont les principaux troubles psychosensoriels. Au cours de l'examen cependant, ces symptômes s'entremêlent bien souvent et très étroitement avec des manifestations paraissant normales, quoique d'un caractère spécial, et cette circonstance donne au cas une allure particulière que nous aurons encore à préciser par la suite. Nous extrayons de notre observation quelques passages, pouvant illustrer la particularité que nous cherchons à mettre en évidence.

27 mars. — Q. : Avez-vous eu beaucoup d'ennuis dans la vie ? R. : Oh, oui. Q. : Lesquels ? R. : J'avais peur que ma fille se marie mal, avec un mauvais individu. L'être que je déteste en avait après ma famille aussi. Je vois auprès de moi une vilaine femme qui dit des *Pater Noster*. Q. : Avez-vous eu des ennuis avant la maladie ? R. : Oh oui, des peines que j'ai voulu oublier. Q. : Quelles peines ? R. : Des peines de la vie. Q. : Lesquelles ? R. : Je ne puis pas le dire (se cache le visage). Q. : A quel moment de la vie ? R. : Quand j'étais jeune. Q. : Avant le mariage ? R. : Avant. Q. : Avez-vous aimé ? R. : Oui, je croyais pouvoir oublier. Je vois des gens méchants autour de moi. Q. : Quel âge aviez-vous ? R. : J'avais dix-huit ans.

Nous apprenons en plus qu'elle était devenue la maîtresse d'un homme qu'elle aimait, et qu'une femme, une amie, avait fait ce qu'elle avait pu pour les désunir. Elle se maria ensuite à l'âge de 23 ans.

28 mars. — Elle regrette de s'être mariée. Q. : Pourquoi ? R. : Je n'aurais pas dû. Q. : Pourquoi ? R. : Je n'osais pas le dire. Je croyais pouvoir l'oublier. Q. : Quoi, l'union d'avant ? R. : Je ne l'ai pas dit, j'ai gardé ça pour moi. Elle revient vers moi cette fille, elle me tracasse, je la vois, je

la vois, elle veut se moquer de moi. Q. : Avez-vous été heureuse avec votre mari ? R. : Il est travailleur. Q. : Mais ? R. : Seulement, il me restait toujours cette idée. Q. : Laquelle ? R. : Cette idée première qui m'est revenue. C'était une chose impossible à oublier. Je vois des gens qui ne sont pas très bien.

Vers la fin de l'interrogatoire, nous ramenons encore une fois la conversation sur son ami. Voici alors ce qu'elle nous dit : Quand on est jeune, on ne peut pas croire qu'on vous aime réellement. Elle hésitait beaucoup parce qu'elle voyait des choses malheureuses. Elle ne voulait pas devenir une femme qui roule partout. Elle avait demandé à son amie de dire à son amant qu'elle avait peur d'être abandonnée, qu'elle aurait aimé l'épouser. Elle ne sait pas comment cette amie a tourné la chose, mais elle n'a plus revu celui-ci. Elle l'a revu, mais c'était bizarre. Son père l'a su et l'a grondée très fort. Elle n'osait pas le lui dire, il l'aurait tuée. C'est pour ça qu'elle ne peut plus vivre. Elle voudrait que sa fille soit préservée.

30 mars. — Q. : Parlez-moi de votre passé. R. : Mon passé, mon passé, il n'a pas été excessivement bien. Q. : Pourquoi ? R. : Je ne me plaisais pas du tout où j'étais. Q. : Où ça ? R. : Là où j'habite. Je ne m'y plaisais pas du tout. Parce qu'on avait su que je n'avais pas été sérieuse, on m'a fait des misères. Je ne puis plus causer parce que je vois les mauvais individus qui écoutent ce que je dis..

Puis, la malade se met à raconter. « Et voilà comment c'est arrivé. Pendant la guerre, j'étais seule avec ma fille. Pendant que mon mari était parti, je suis allée à l'église pour prier, mais je n'aurais pas dû le faire à cause du passé. Mon union avec mon mari n'était pas logique parce que j'étais allée à l'église, et je n'avais pas dit la chose. Ma fille avait chez elle de l'eau bénite, je l'ai versée sur moi pour être protégée et maintenant je vois constamment cette scène. Je ne puis plus rentrer dans cette maison. Je suis bafouée. Ça me fait de la peine, ça m'ennuie. Ma fille m'a fait des reproches, parce qu'elle était sur la terre, parce qu'elle serait seule à cause de moi. »

Après avoir relaté quelques faits sans importance, s'étant produits pendant la guerre, et après nous avoir dit qu'elle se déplaissait dans la maison où elle habitait, la malade ramène ensuite la conversation elle-même sur ses regrets. « J'ai bien regretté d'avoir été comme ça, d'avoir eu un amant. Lui d'ailleurs a dû regretter aussi. Je voulais être

sa femme, mais pas vivre comme ça. Je n'aurais pas dû vous causer de ça. Je ne veux plus que cette femme revienne, cette femme qui a détruit l'union complète. Quand il m'a quittée, je n'ai plus eu de courage, plus de goût à la vie. Oh, je vois ce sale individu qui vient écouter. » Q. : Avez-vous été contente de la visite des vôtres ? R. : Oui, mais j'ai mal agi à l'égard de mon mari.

Ces regrets et remords reviennent toujours à nouveau dans nos conversations journalières, et ceci, non pas tant parce que nous insistons plus particulièrement sur ces points, mais parce que la malade y revient elle-même d'une façon stéréotypée. D'ailleurs, au fur et à mesure que nous étudions davantage notre malade, nous remarquons qu'elle donne, en général, à sa pensée, avec une prédilection particulière, la forme de regrets. Nous notons ainsi encore quelques détails intéressants.

Elle a eu tort de ne pas avoir approfondi, avant le mariage, la différence de goût qui existait entre elle et son mari. Elle concentrait trop ses idées ; elle aurait dû être plus expansive. Elle s'est trop chagrinée et s'est trop enfermée dans sa peine. Si elle l'avait su, elle aurait brisé les choses de suite. Elle regrette de s'être approchée de son amant.

— Hier, nous dit-elle, son mari lui avait fait des reproches parce qu'elle avait quitté son alliance. Q. : Pourquoi l'avez-vous fait ? R. : Elle était trop grande. Q. : Quand l'avez-vous fait ? R. Un jour de colère. Je ne devrais pas dire des choses pareilles. Q. : Quand l'avez-vous fait ? R. : Il y a deux mois. Q. : Pourquoi ? R. : Je m'ennuyais à la maison et un jour je l'ai jetée.

Un jour, la malade dit qu'elle voudrait nous confier quelque chose, mais qu'elle n'ose pas le faire. Elle préférerait l'écrire. Elle met sur un bout de papier : j'ai aimé mon mari au début, et j'ai mis une goutte de mon sang, car je craignais qu'il quitte son amitié. Q. : Pourquoi ? R. : On m'avait dit que pour ne pas perdre l'amitié de quelqu'un, on mettait une goutte de sang dans un breuvage qui lui était destiné. Je n'avais plus confiance en son amitié. Je souffrais tellement. Je me serais tuée. J'aurais dû partir, ne pas rester avec mon mari.

Puis la malade nous raconte que, quand elle avait douze ans, une fillette, en jouant, lui avait cassé deux dents. Ces dents furent arrachées et remplacées par des dents artificielles. La malade ajoute : Je n'aurais pas dû arracher ces

dents. J'ai eu des malheurs. J'ai dû supporter cette chose (les fausses dents) qui n'était pas à moi.

Cette fillette n'était pas celle qu'elle avait revue au début de sa maladie. Elle lui avait cassé les dents sans le vouloir. Q. Pourquoi avez-vous alors tant pensé à l'autre petite compagne ? R. : J'avais revu toutes mes compagnes. C'est la plus méchante qui a persisté. Je la vois encore. Elle était très méchante. J'avais six ou sept ans alors. C'est le trait le plus détestable de ma pensée, je la revois parce qu'elle était méchante.

Une fois, la malade nous dit qu'elle est descendue le matin au jardin, mais qu'elle a eu des regrets après. Interrogée à ce sujet, elle donne comme raison de ce regret qu'elle avait mis quelque chose qui ne lui plaisait pas. Elle regrette aussi de s'être fait couper les cheveux.

Un jour, nous venons à parler de sa famille. Elle n'a pas été très heureuse dans l'enfance, nous dit-elle. Elle a perdu de bonne heure sa mère. Son père était très dur pour elle, parce qu'il ne voulait pas qu'elle dévie du droit chemin. Elle a eu toute sa famille contre elle, son père, son frère et sa sœur quand ils ont su (sa liaison). Elle était presque leur maman, parce que son frère et sa sœur étaient beaucoup plus jeunes qu'elle. Sa sœur lui avait fait beaucoup de mal en médissant d'elle. Sa sœur avait trouvé une lettre (de l'amant) qu'elle avait laissée sur la table.

Q. : Etes-vous bien maintenant avec vos frère et sœur ? R. : Oh non, pas du tout. Q. : Pourquoi ? R. : Nous n'avons pas les mêmes goûts. J'avais beaucoup de retenue. Je ne pouvais pas causer de certaines choses devant mon père. Q. : Mais maintenant êtes-vous bien avec eux ? R. : Ils ne m'ont pas soutenue et je les *revois pareils*. Puis, sans transition aucune, elle ajoute : « Il faut que je vous dise tout, n'est-ce ? J'étais un petit peu coquette. De leur avis c'était de trop. (Mimique vive, rougit et se cache le visage, comme une jeune fille à laquelle on aurait reproché une menue faute). Q. : Etes-vous restée coquette après le mariage ? R. : Nous avons des goûts différents avec mon mari. Il est plus rudimentaire. Je ne devrais pas dire tout ça. Je voulais élever notre fille autrement, dans un autre milieu, que celui dans lequel on se trouvait.

Quelques jours après elle vient à parler de nouveau de sa coquetterie. Elle nous dit que depuis qu'elle est malade, ça l'ennuie de monter dans un magasin au premier. Elle donne comme raison qu'elle dépensait pas mal pour ses toilettes et que son mari la grondait parfois pour ça.

Une autre fois elle nous parle du « chagrin terrible » qu'elle avait éprouvé en voyant leurs voisins construire une maison de laquelle ils pouvaient voir ce qui se passait chez eux. Ce fut une grande peine pour elle parce qu'elle ne se sentait plus chez elle. Puis, sans transition aucune, elle ajoute : Quand j'étais à la maison, je mangeais tout le temps du sucre, du chocolat, des bonbons. J'avais ces gens qui regardaient. Q. : Etes-vous gourmande ? R. : Oui (mimique vive, comme si elle avait honte). C'est vilain, il ne faut pas le dire (mimique et attitude puériles).

C'est ainsi que des événements importants et futiles s'entremêlent dans ses dires. Mais ce sont au fond toujours des regrets, des reproches, des remords, des souvenirs pénibles.

A la question : « A quoi pensez-vous », elle nous répond : « Je regrette. » Elle regrette de s'être mariée.

Elle restait trop à la maison, elle réfléchissait trop. Elle n'a plus d'amis, elle n'a plus personne. Elle est seule dans sa lassitude. Elle s'est trop enfermée dans sa peine. Elle n'aurait pas dû le faire.

Elle fait des rêves « impossibles ». Une nuit elle a rêvé qu'elle était dans une maison et que le plancher était couvert de verre cassé ; vis-à-vis il y avait une personne méchante qui voulait faire du mal à la propriétaire. Q. : Que veut dire ce rêve ? R. : Je voudrais que *tout soit cassé*. Je ne veux pas retourner là-bas. Je voudrais que là où j'habite tout reste *inculte, en friche*.

La malade vit ainsi uniquement dans son passé. Elle manifeste cependant quelques préoccupations qui se rapportent apparemment au présent. Ces préoccupations, comme il résulte en partie de ce qui a été dit déjà, concernent sa fille. Elle y revient d'ailleurs bien souvent. Mais en y regardant de plus près, nous constatons sans peine qu'elle associe constamment sa personne à celle de sa fille, qu'elle met bien souvent l'une à la place de l'autre, qu'elle s'identifie, en un mot, avec sa fille, et en projetant en elle ses propres regrets, les transforme en craintes à son sujet.

Elle a vu sa fille grandir, elle l'a vue isolée, elle a eu peur pour elle. Il lui semble qu'elle s'est réveillée pour sa fille, qu'elle est revenue pour elle sur la terre, qu'il ne fallait pas le faire. Elle avait peur que sa fille se marie mal.

Une autre fois la malade nous reparle de M. Elle nous dit qu'il a de mauvais projets à l'égard de sa fille et à son propre égard. Il aurait n'importe quelle situation, elle (la



malade parle d'elle-même) n'en voudrait pas ; « il lui est entièrement indifférent. »

Elle a peur que ça tourne mal pour sa fille, comme pour elle-même. Sa fille voudrait se marier, mais si c'est pour être comme elle, ce n'est vraiment pas la peine.

La vie a changé. Sa fille est grande, elle ne trouvera pas à se marier.

Dans les derniers temps, sa fille disait toujours qu'elle regrettait d'être venue sur la terre, qu'elle n'avait pas assez de distraction, qu'elle était seule.

La malade reste ainsi plongée dans son passé, qu'elle aimerait savoir « cassé et anéanti », comme elle le voit dans son rêve. Son présent n'est au fond qu'un reflet de ce passé. Quant à l'avenir, dont nous n'avons pas parlé jusqu'à présent, il lui paraît entièrement vide, elle ne voit rien devant elle.

« Maintenant c'est fini, nous répète-t-elle plus d'une fois, la vie est finie pour moi, je ne vois rien devant moi. » Sa vie est inutile. Elle voit que sa vie est arrêtée. C'est fini, elle n'entrevoit plus rien.

Quand nous lui demandons si elle désire quelque chose, elle répond : « Je ne vois plus rien maintenant, plus rien. Je ne vois plus ce que je pourrais être. »

Maintenant elle n'en sort plus. Il lui semble qu'elle est enlisée, qu'elle est dans un tombeau.

Tout est fini. Elle voit l'éternité. Elle a un pied sur la terre et l'autre dans l'éternité. Elle est ainsi constamment comme sur une balance. Avant, quand elle était bien portante, c'était la vie et la disparition, la mort, ensuite et puis après rien, c'était fini, tandis que maintenant elle voit l'éternité devant elle.

Il lui semble qu'elle vit avec ceux qui ne sont plus. Pour elle, elle n'existait plus après l'opération et elle est revenue après. Elle était morte pour ainsi dire. Pour elle, elle a disparu.

Telles sont les données recueillies au cours de nos longs interrogatoires. Nous essayerons de les analyser maintenant, en prenant pour base les principes, exposés au début de ce mémoire.

Nous pouvons tout d'abord énumérer les symptômes présentés par la malade : désintérêt, manque de désirs et d'initiative, absence de contact affectif, associa-

tions courtes, idéation imprécise, vague et parfois contradictoire, désordre dans les actes, troubles psychosensoriels, visuels, auditifs et probablement cénesthésiques, de nature parfois impérative, quelques vagues idées de persécution, idée d'avoir été morte et de vivre avec ceux qui ne sont plus. L'ensemble de ces symptômes permet de poser le diagnostic de schizophrénie.

D'autre part, nous voyons constamment intervenir dans les dires de la malade des personnes, ayant joué un rôle important dans sa vie, ainsi que des événements à forte charge affective, tels sa liaison avant le mariage et les déboires qui en résultèrent pour elle, les déceptions de la vie conjugale, la personne de sa fille avec laquelle elle s'identifie partiellement, pour laquelle elle craint les malheurs qu'elle a éprouvés elle-même à son âge. Malgré toute la difficulté d'établir la véritable identité des personnes qui interviennent dans ses hallucinations, nous pouvons dire qu'elles ont trait au passé de la malade, comme, par exemple, son ancienne amie qu'elle accuse d'avoir rompu « l'union complète ». Ces facteurs affectifs se manifestent également par des actes symboliques, tel le geste de jeter son alliance. Toutes ces données restent fragmentaires, la malade répétant au fond toujours la même chose ; nous voyons cependant se dessiner devant nous quelques jalons d'une biographie psychopathologique, quelques grandes lignes du contenu de la psychose. Il est probable qu'on aurait pu, avec le temps, approfondir encore davantage le cas étudié de ce point de vue particulier. Cependant en donnant une importance trop exclusive aux recherches psychoanalytiques on courrait, je crois, le risque de passer à côté d'autres problèmes essentiels.

Car ni l'énumération des symptômes, ni l'étude des complexes n'épuisent à elles seules le tableau que nous avons devant nous. Je dirai même davantage, elles sont insuffisantes pour le faire, car les mêmes symptômes et les mêmes complexes auraient pu se manifester sous une tout autre forme. C'est qu'un élément important a été laissé en dehors de notre analyse

jusqu'à présent. Nous voulons parler de l'attitude particulière, adoptée par la malade. Nous essayerons de la mettre en évidence maintenant.

Nous n'avons pas de peine à constater que notre *malade vit dans le passé seulement*.

Ce passé apparaît dans son psychisme sous forme de *regrets, de reproches qu'elle s'adresse à elle-même, d'évocation de souvenirs pénibles*. Les « je n'aurais pas dû » et les « j'ai eu tort » reviennent sans cesse dans ses dires. Et quand elle repense à ses compagnes d'enfance, c'est l'image de celle qui l'a fait souffrir le plus qui se fixe en elle, et alors elle y pense tant, qu'elle finit par la voir.

Quand la malade parle du passé, et au fond elle ne parle que du passé, elle le fait avant tout sous forme de regrets. Ces regrets se portent alors pour ainsi dire sur tout ; on dirait que c'est la seule façon dont elle peut encore se mettre en rapport avec les événements de sa vie intérieure et avec la réalité en général. Elle regrette aussi bien sa liaison que son mariage ou la tentative de garder l'amitié de son mari à l'aide d'une goutte de sang, mise dans un breuvage qui lui était destiné, ou d'avoir prié pour lui pendant la guerre. Mais elle regrette aussi d'avoir dissimulé qu'elle avait deux fausses dents. Elle regrette d'avoir été trop renfermée sa vie durant et d'être restée isolée pour cette raison, mais elle exprime le même sentiment de regret au sujet de ses cheveux coupés ou au sujet du fait d'être descendue au jardin dans une toilette qui lui déplaisait. Ses regrets s'étendent ainsi sur tout ce qu'elle dit, sans gradation, sans nuances bien apparentes. Ceci donne déjà au psychisme de notre malade un caractère de rigidité particulière et nous fait présumer qu'il s'agit là bien davantage d'une attitude morbide, donnant une teinte spéciale à toute l'activité psychique, si activité il y a, de la malade, que d'une réaction normale, déterminée par la présence de souvenirs pénibles. A la question : à quoi pensez-vous ? La malade répond : je regrette.

D'autres circonstances encore viennent confirmer cette façon de voir. La malade vit dans son passé, mais

nous ne trouvons pas dans ses dires de succession de souvenirs pouvant constituer la trame d'un récit vivant et imagé. Même les événements importants dont elle parle ne s'enrichissent pas, au cours des conversations successives, de détails nouveaux. On dirait que ses regrets se soient fixés sur certains *points* de sa vie et ceux-ci reviennent toujours à nouveau, d'une façon assez abstraite, monotone et stéréotypée. Au lieu de déterminer chez nous un sentiment de compassion, ils finissent à la longue par devenir incompréhensibles et parfois contradictoires.

Car ces regrets ne tendent au fond vers aucun but réel. Quand dans la vie normale, il nous arrive de nous dire : « Ah, si seulement je n'avais pas commis telle ou telle action » ces paroles sont toujours accompagnées tacitement d'un désir : la situation actuelle aurait été alors autre. Mais c'est ce qui manque justement à notre malade. Nous savons ce qu'elle regrette, mais nous n'avons pas l'impression qu'elle ait souhaité autre chose à la place. Chez nous les regrets conservent toujours un certain contact avec le présent et l'avenir, de même que la rêverie cherche toujours virtuellement une issue vers le monde réel. Mais comme le rêveur morbide rompt les liens qui rattachent la rêverie à l'ensemble de son activité, — de même chez notre malade les regrets deviennent une fin en eux-mêmes et se trouvent ainsi situés en dehors de la réalité, en dehors de la vie.

Nous parlons de regrets chez notre malade parce que ce phénomène semble dominer toute sa vie psychique, et nous qualifions ces regrets de morbides en raison d'absence en eux de gradation et de nuances, en raison de leur fixité, de leur immobilité et de leur stérilité. Nous voyons en eux une attitude schizophrénique particulière.

Cette attitude nous explique pourquoi presque d'emblée, sans résistance apparente, la malade vient à parler de certains événements de sa vie passée, à forte charge affective. Mais elle restreint en même temps la portée de ses aveux, en tant qu'éléments essentiels du tableau que nous avons devant nous. Au fur et à

mesure que nous approfondissons notre cas, nous aboutissons à la conviction que les regrets de la malade ne sont pas tant déterminés par ces événements qu'ils constituent une attitude particulière d'ordre morbide, venant se fixer sur certains points de ce passé. La circonstance que la malade réitère ses regrets d'une façon stéréotypée, sans progression aucune quant à leur contenu, vient confirmer cette façon de voir.

Malgré ceci, comme nous le disions au commencement de l'observation, nous avons eu au cours des examens successifs l'impression d'avoir réalisé un progrès dans la compréhension de notre malade. Nous pouvons maintenant indiquer l'origine de cette impression. Elle ne peut être rapportée au contenu de la psychose, puisque à ce point de vue, comme nous venons de le voir, nous n'avons presque point avancé. Il s'agit à notre avis de tout autre chose. Tout d'abord nous nous trouvâmes en présence des signes de désagrégation profonde, présentés par notre malade, signes énumérés plus haut sous la rubrique de symptômes cliniques. Nous avions une personnalité dégradée et impénétrable devant nous. Puis intervint la notion de l'attitude schizophrénique. Cette attitude, tout en restant profondément morbide, pouvait être rapprochée d'un phénomène de la vie normale, celui du regret. Du coup la personnalité de la malade acquérait à nouveau un aspect plus semblable au nôtre, un aspect plus humain, si nous osons nous exprimer ainsi. Nous avions découvert la porte d'entrée dans son psychisme, nous savions maintenant quelles questions il fallait lui poser pour obtenir des réponses plus cohérentes, nous avions trouvé un trait d'union entre son psychisme et le nôtre. Le contact devenait meilleur. Nous avions trouvé le moyen de nous mettre à son diapason. Plus haut nous établissions un parallèle entre les attitudes schizophréniques et les stéréotypies psychomotrices. Nous ne pouvons ne pas repenser à une malade de Bleuler. Depuis longtemps déjà cette malade exécutait des gestes stéréotypés, rappelant vaguement des mouvements de danse ; on ne parvenait à tirer d'elle

aucune réponse aux questions posées. Un jour Bleuler se mit devant elle et exécuta des mouvements analogues aux siens ; la malade alors sortit de son mutisme et Bleuler put obtenir d'elle quelques réponses. Nous procédâmes au fond d'une façon analogue à l'égard de notre malade, avec la différence que nous nous servîmes, à la place d'une manifestation motrice, d'un phénomène psychique, celui du regret.

Telle est, je crois, la place qu'il y a lieu de réserver à la notion de l'attitude schizophrénique dans l'analyse psychologique du cas étudié.

Nous ne pouvons cependant pas résister à la tentation de pousser encore plus avant notre étude et de caractériser, ne serait-ce qu'en quelques grandes lignes, l'attitude générale de notre malade par rapport aux points cardinaux du temps, nous voulons dire par rapport au présent, au passé et à l'avenir. Nous pouvons dire que nous nous trouvons chez notre malade en présence d'une désagrégation de la notion de durée et de temps, caractérisée avant tout par une « hyperplasie » du passé. Cette hyperplasie se manifeste surtout sous forme de regrets, de regrets qui, comme nous l'avions vu, ne tendent plus ni vers le présent ni vers l'avenir et s'immobilisent pour cette raison. Elle va cependant encore plus loin. La perspective qui nous fait toujours envisager le passé du point de vue du présent semble faire défaut à notre malade et elle se comporte comme si le temps ne s'écoulait point et donne ainsi au passé les couleurs vives du présent. En parlant de sa sœur et de son frère, elle nous raconte qu'ils ne l'ont pas soutenue jadis, il y a vingt ans, et qu'elle les *revoit toujours pareils*. Elle revoit ainsi toute une série de fragments de son passé, comme si rien n'avait bougé depuis. De même, elle nous parle de ses faiblesses, de sa gourmandise et de sa coquetterie, pour lesquelles elle avait été grondée dans son enfance et accompagne ce récit d'une mimique expressive, rappelant singulièrement celle d'une fillette, prise en faute. Ebauche de régression, diraient d'aucuns, dictée par le désir de fuir les intemperies du présent et de revenir à des stades plus heureux de

la vie passée. Mais autant qu'a pu être poussée notre analyse, ce présent n'apparaît guère comme aussi terrifiant, ni ce passé comme aussi désirable, comme le veut cette façon de voir. Ne s'agirait-il pas là bien davantage d'une des manifestations du trouble essentiel dont nous venons de parler ? Incapable d'unir le passé au présent, la malade vit dans le passé, mais le fait comme si ce passé avait toute la valeur du présent.

Celui-ci aussi bien que l'avenir s'atrophient en conséquence, pour ainsi dire. Il ne saurait d'ailleurs en être autrement, car au fond il ne s'agit là que d'un autre aspect du même trouble essentiel, se rapportant à la durée et au temps. La malade se comporte comme si le présent n'existait point. Elle s'en désintéresse entièrement. Elle sort, il est vrai, de ses regrets assez souvent et parle alors dans le présent, et ceci est évidemment d'une grande importance, mais, il n'est pas dans ce cas question de réalité, mais uniquement d'images hallucinatoires, qui la poursuivent telles des furies, et ne font que prolonger dans le moment actuel les regrets et les visions pénibles du passé. Quant aux préoccupations au sujet de sa fille, nous avons vu déjà, qu'elle s'y identifiait avec celle-ci et qu'il ne s'agissait là vraisemblablement que d'un reflet de son propre passé, tel qu'il lui apparaît actuellement.

L'avenir subit le même sort. « Ma vie est arrêtée » nous répète toujours à nouveau notre malade. Tout est fini et elle ne voit plus rien devant elle. Elle n'a aucun désir, ne sachant plus ce qu'elle pourrait être. L'avenir, point de mire de toute notre vie personnelle, fait de désirs et d'espérances, semble ainsi ne plus exister pour elle. Même la notion de la mort, tellement « vivante » pour nous, paraît avoir perdu toute signification pour elle. Elle passe outre, dirait-on, mais de ce fait elle se place en dehors de la vie et ne voit qu'un temps vide, immobile et impersonnel, tel que nous le présente notre intelligence, en l'assimilant à l'espace infini. « Avant quand j'étais bien portante, nous dit-elle, c'était la vie et la disparition, la mort, ensuite et puis après rien, tandis que main-

tenant je vois l'éternité devant moi ». Certes, elle n'a pas perdu complètement le contact avec la vie, elle s'y raccroche encore en parti, ne serait-ce que par ses regrets et sa tendance de faire revivre le passé, mais elle est constamment « comme sur une balance, ayant un pied sur la terre et l'autre dans l'éternité ». La différence entre ce qui est mort et ce qui vit s'efface dans ces conditions. Les personnes qui la poursuivent sont tantôt mortes, tantôt vivantes.

N'est-ce pas aussi l'éternité, que la malade voit devant elle, qui lui ferait dire qu'elle vit avec ceux qui ne sont plus et qu'elle n'existe plus elle-même ? La désagrégation profonde de la durée vécue ne ferait-elle pas glisser insensiblement la malade vers des conceptions délirantes de ce genre qui ne seraient alors qu'une expression rationnelle de cette désagrégation ? Des recherches ultérieures pourront peut-être fournir une réponse à cette question intéressante.

---



# TENON ET L'ASSISTANCE AUX ALIÉNÉS A LA FIN DU XVIII<sup>e</sup> SIÈCLE

Par Paul CARRETTE

---

L'Histoire de l'Assistance aux Aliénés avant 1789 a été longtemps laissée dans l'ombre, parce que considérée comme inexistante par les auteurs. L'ignorance et le sectarisme se sont unis pour ériger en dogme cette notion insuffisamment vérifiée jusqu'au jour où Sérieux et Libert, s'adressant aux sources les moins discutables, ont fait justice des préjugés universellement admis sur la question du régime des aliénés avant Pinel (1). Les années qui ont précédé 89 ont vu les pouvoirs publics s'intéresser au sort des pauvres et des malades. Il n'y a peut-être pas d'époque où les œuvres charitables se soient multipliées à ce point, où les réformes aient été tentées avec autant de persistance des institutions déjà existantes. L'œuvre de Pinel est venue couronner la suite d'efforts accomplis par ses devanciers, couronnement qui n'est pas un effet de la Révolution, qui s'est réalisé sans elle et malgré elle, grâce à la persévérance d'hommes comme Tenon, Colombier, Doublet, de Liancourt, Cabanis et d'autres (2). L'œuvre de ces précurseurs mérite de sortir de l'ombre. C'est le premier d'entre eux qui fera l'objet de cette étude.

\*  
\*\*

Jacques-René Tenon est né à Scepeaux près de Joigny le 21 février 1724. Aîné de 11 enfants, fils et petit-fils de chirurgien, « d'une complexion faible, dit

---

(1) SÉRIEUX et LIBERT. — Le régime des Aliénés en France au XVIII<sup>e</sup> siècle. *Annales Médico-Psychologiques*, 1915-1916, avec la bibliographie.

(2) L. PEZÉ. — Les précurseurs de Pinel en France au XVII<sup>e</sup> et au XVIII<sup>e</sup> siècle. *Thèse de Paris*, 1922.

Cuvier (1), il a su se délivrer de toute infirmité et vivre près d'un siècle sain de corps et d'esprit ». Il vient à Paris à l'âge de 17 ans pour apprendre la chirurgie, sans grandes ressources, sachant à peine lire et écrire. Sa famille lui avait donné une lettre de recommandation pour un parent, Nicolas Prévost, avocat, qu'il n'ose tout d'abord pas utiliser, parce qu'il est naturellement très timide.

Au moment où Tenon commence ses études, La Peyronie, venu de Montpellier à Paris, réhabilitait l'art du chirurgien. Nommé premier chirurgien du Roi, il obtint en 1743 des lettres patentes, obligeant les étudiants à la connaissance des lettres et de la philosophie. Ces mesures changent les plans de Tenon et l'obligent à étudier le grec et le latin. Il gagne l'amitié de Winslow qui remarque ses travaux de dissection, celle des Jussieu qui lui enseignent la botanique, et il est nommé en 1744 chirurgien aide-major de première classe aux armées. Il prend part à la campagne de Flandre en cette qualité (2), revient à Paris en 1749 où, après un brillant concours, il devient chirurgien principal des Hôpitaux de Paris et occupe le poste de la Salpêtrière. Il ouvre « peu après dans le voisinage de cet hospice une maison d'inoculation ; il eut beaucoup de part à la propagation de cette pratique qu'il abandonna sans hésiter dès qu'il connut les avantages de la vaccine » (3).

Tenon eut la chance de soigner avec succès dans sa maison de santé des parents de Turgot et de Mme de Pompadour (4); rapidement son nom fut répandu et il se créa une importante clientèle. « Si, sous le rapport de l'habileté et du génie chirurgical, il est demeuré au-dessous des J.-L. Petit, des La Peyronie, des Louis, des Desault, des Sabatier, il posséda des connaissances plus variées et embrassa un cercle d'études plus

---

(1) CUVIER. — *Recueil des éloges historiques*, t. 2, 1811-1818.

(2) MIQUEL-DALTON. — *Les Médecins dans l'Histoire de la Révolution*. Paris, 1904.

(3) *Bibliographie universelle*. Michaud, éditeur, 1826.

(4) *Magasin Encyclopédique*. Année 1816. Eloge de Tenon, par le baron Percy.

étendu (1). » Cuvier affirme d'ailleurs qu'il éprouvait une certaine répugnance pour la chirurgie et que dès le début de ses études à l'Hôtel-Dieu, il ne perdit « plus de vue l'idée de porter la réforme dans cet affreux séjour ». Agrégé au Collège et à l'Académie de Chirurgie où il succède à Andouillé, en 1857, membre de l'Académie des Sciences en remplacement de J.-L. Petit, en 1759, Tenon a l'idée d'annexer au Collège un hôpital qu'il édifie avec la collaboration de La Martinière pour le traitement des affections curables par les méthodes nouvelles. Il accumule des documents sur les hôpitaux, fait son cours au Collège de chirurgie dont il inaugure le nouvel amphithéâtre en 1775. A cette époque, les projets de réorganisation de l'Assistance aux malades se multiplient et en 1785, après un mémoire lu à l'Académie des Sciences par le Baron de Breteuil, alors ministre, une commission est nommée, formée de Laffon, Daubenton, Tenon, Bailly, Lavoisier, Laplace, Coulomb et d'Arcet, pour étudier les moyens de réformer l'Hôtel-Dieu de Paris.

Tenon est chargé du rapport. Cuvier dit que l'Administration refusa la communication des papiers et l'entrée des salles, mais il suffit de lire les *Mémoires sur les Hôpitaux de Paris* parus en 1788 et les notes manuscrites pour se rendre compte que le rapporteur connaissait à fond la question et que sa documentation était ancienne et complète. Dès qu'il a rempli sa mission et communiqué les résultats de ses enquêtes, un arrêt du Conseil d'Etat du Roi, en date du 22 juin 1787, fixe l'établissement de quatre nouveaux hôpitaux pour la Ville de Paris, en remplacement de l'Hôtel-Dieu, ratifiant le vœu de la Commission. Mais déjà Tenon, accompagné de Coulomb, a quitté la France pour visiter les hôpitaux anglais qu'on dit à cette époque très bien organisés et qui peuvent donner d'heureuses inspirations pour la construction de ceux que l'on doit bâtir à Paris. Il fait connaître à son retour (août 1787) à l'Académie ce qu'il a observé au cours de son voyage. Les souscriptions s'élèvent pour

---

(1) BAYLE et THILLAYE. — *Biographie médicale*, 1855.

la réalisation du projet qui est imminente, quand les premiers troubles de la Révolution tournent les esprits vers de nouvelles préoccupations.

Tenon ne se désintéresse pourtant pas des affaires publiques. On le retrouve au Comité de Salubrité (1) où il prend part aux délibérations, remet ses mémoires sur les Hôpitaux, donne son avis sur les examens de l'Ecole de Médecine. Le 2 octobre, il est nommé député de l'Assemblée Nationale et il prête serment le jour où Cérutti déclare que « trois années ont détruit quatorze siècles d'abus et ont préparé trente, quarante, cinquante siècles de bonheur » (2). Malgré cette affirmation optimiste, la réorganisation des Hôpitaux n'a pas fait un pas, au contraire ! Le 14 octobre, Tenon propose la réunion des comités de mendicité, des hôpitaux et des prisons et de celui de salubrité ; sa proposition est adoptée. Il devient président, parce que doyen d'âge du Comité des Secours Publics, qui ouvre ses séances le 29 octobre 1791 (3) ; la question de l'aide aux « insensés » est posée à plusieurs reprises ; on verra, par la lecture des papiers inédits de Tenon, qu'il n'a pas cessé de s'y intéresser. Il formule des demandes de secours pour des localités incendiées ; on le réélit après 6 mois, le Comité devant se renouveler par moitié. Le 21 septembre 1792, la Législative cède sa place à la Convention et Tenon disparaît lui aussi. — « Le fameux Club des Cordeliers, — c'est encore Cuvier qui relate ce fait, — voulant, en 1792, supprimer le Collège de chirurgie où M. Tenon avait enseigné si longtemps, il eut, à la sollicitation de quelques professeurs, la bonhomie d'y faire devant une députation de ces gens-là, un discours sur l'utilité de l'art pour les armées ! Vains efforts : la destruction ne s'opéra que plus promptement. Quand il vit enfin traîner à l'échafaud les Malesherbes, les Sarron, ces hommes qui l'avaient associé à leurs projets de bien-

---

(1) *Procès-verbaux*, 1791. Archives Nationales.

(2) *Procès-verbaux de l'Assemblée Nationale*, t. 1, 1791. Archives Nationales.

(3) *Procès-verbaux du Comité de Secours Publics*, 1791-1792. Archives Nationales.

faisance, il s'aperçut qu'il ne restait plus rien à faire pour l'homme de bien, et il s'ensevelit à la campagne dans la plus profonde solitude. » C'est à Massy qu'il met au point des travaux d'anatomie, de chirurgie et d'agronomie, « contraint, selon son expression, par la violence des orages politiques, à chercher la sûreté au sein de ses foyers champêtres » (1). C'est là qu'il apprend sa nomination à l'Institut. « Il hésite à s'y rendre, disent les biographes, se figurant qu'il s'agit de quelque club nouvellement fondé (2). » Son hésitation semble avoir été de bien courte durée puisqu'on le voit assister aux séances dès l'ouverture en 1795 (6 nivôse, an 4), prendre une part active aux discussions scientifiques et présenter de nombreux mémoires, en particulier sur l'anatomie des dents et la morphologie comparée des mâchoires (3). Il recueille ensuite ses observations médico-chirurgicales qui paraissent en 1806, publie en 1813 son « offrande aux vieillards de quelques moyens de prolonger leur vie ». En 1815, lors de l'invasion, les soldats russes pillent sa maison de campagne ; il se réfugie à Paris. Les premiers jours de 1816, il éprouve des malaises au retour d'une séance de l'Institut, s'alite et meurt le 16 janvier après quelques accès de toux et d'oppression.

Sa bonté, sa générosité, son ardeur au travail furent partout appréciés. « Il avait, dans sa démarche, ses mœurs, ses habitudes et ses goûts quelque chose de patriarcal. Son langage était magistral et sentencieux ; il aimait à raconter et il racontait parfaitement » (Percy). — Tenon était resté célibataire. Il n'avait pas une seule fois, comme il le disait lui-même, eu le temps de se marier.

Médecin et philanthrope, Tenon a laissé une œuvre maîtresse, ses *Mémoires sur les Hôpitaux de Paris*, parus en 1788. C'est le fruit d'observations poursuivies

---

(1) TENON. — *Mémoires et observations sur l'anatomie, la pathologie et la chirurgie*. Paris, 1806.

(2) SAUCEROTTE. — *Les médecins pendant la Révolution, 1789-1799*. Paris, 1887. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 3<sup>e</sup> série, t. 16.

(3) Académie des Sciences, 1795-1799. *Procès-verbaux*. Bibliothèque Mazarine.

depuis le début de sa carrière. Dans ses projets de réorganisation de l'Assistance, une large part est faite aux aliénés. C'est cette partie de son œuvre que nous allons exposer, mais avant d'en résumer les conclusions, il nous faut rappeler brièvement ce qui existait et ce qu'il voulait qu'on réformât, puis nous passerons aux sources d'informations où Tenon a puisé.



Un Service d'Aliénés aigus à Paris au XVIII<sup>e</sup> siècle.  
— Les Aliénés étaient admis à l'Hôtel-Dieu sans formalités de placement, comme les autres malades. La réorganisation de cet hôpital était alors considérée comme une nécessité urgente. Les premiers projets ont germé après l'incendie de 1737 et c'est en 1748 que l'abbé Le Jeune, ancien vicaire de Saint-Laurent, songea le premier à le transférer à l'île des Cygnes. L'ancien Hôtel-Dieu ne pouvait plus suffire aux besoins de Paris ; les malades y étaient entassés, l'hygiène déficiente. Le projet de Le Jeune trouva des partisans et des contradicteurs. Les premiers justifiaient leur opinion par des raisons d'esthétique et de commodité. « L'Hôtel-Dieu, dit l'architecte Poyet (1), est aussi insuffisant, quant à l'étendue du local que condamnable par le choix de son emplacement ;... sa centralité ôte à Paris le plus beau coup d'œil que puissent offrir les quais de quelque ville que ce soit, et..... surtout cette barbarie subsistante au sein d'une ville aussi magnifique, nous laisse en arrière de toutes les villes de l'Europe qui toutes, depuis les progrès de la civilisation et des connaissances physico-médicinales, ont écarté les hôpitaux de leur enceinte, en même temps qu'elles ont assuré des emplacements assez vastes, assez isolés pour que les habitants de ces demeures puissent jouir d'un air libre et pur comme s'ils étaient en pleine campagne. » Les adversaires du projet de déplacement objectaient au contraire l'éloignement de la ville et, en conséquence, la diminution des aumônes

---

(1) POYET. — *Renouvellement du projet de transférer l'Hôtel-Dieu de Paris à l'île des Cygnes*, 1788. Réédité en 1822.

si le nouvel hôpital cessait « d'être exposé aux yeux de tout Paris et d'être à chaque instant l'objet de la ferveur et de la charité excitées plus puissamment par la misère extrême qui revendique ses droits à chaque instant » (1). Néanmoins, après l'intervention de l'Académie des Sciences, c'est le projet de transfert qui est adopté. Il ne fut pas réalisé. Les aliénés qui étaient soignés à l'Hôtel-Dieu y restèrent (leur nombre diminua peu à peu car on les recevait à Bicêtre et à la Salpêtrière). En 1802, le conseil des hospices les en exclut définitivement (2).

Sur les 3.418 malades qui existaient au grand Hôtel-Dieu, sans compter l'Hôpital de convalescence, la maison de campagne des dames religieuses et l'Hôpital Saint-Louis qui en dépendaient, il y avait, en 1788, 74 aliénés. Tenon nous donne sur leur condition les renseignements suivants :

« Quelles précautions l'Hôtel-Dieu a-t-il prises pour le traitement de la folie ? La simple exposition des faits l'apprendra.

« On n'y voit point de ces chambres particulières qu'on trouve à l'Hôtel-Dieu de Lyon, ni de loges comme à l'Hospice général de Rouen. A l'Hôtel-Dieu de Paris, deux salles sont destinées aux fous, l'une pour les hommes, celle Saint-Louis, l'autre pour les femmes, Sainte-Geneviève.

« La salle Saint-Louis, placée au premier étage, à côté de celle des blessés, renferme dix lits à quatre personnes, et deux petits ; elle serviroit à quarante-deux hommes. Celle Sainte-Geneviève, au second étage, l'extrémité de celle Sainte-Martine, salle de fiévreux, dont elle n'est séparée que par une cloison, contient six grands lits et huit petits pour trente-deux femmes. Ainsi, en pressant bien les fous et les folles, on auroit à l'Hôtel-Dieu de quoi en placer soixante-quatorze.

« Les malades sont hors d'état d'indiquer ce qui leur nuirait : c'est à l'art de le prévoir. Or, l'art de guérir enseigne que la chaleur portée à un certain degré est contraire aux maniaques. C'est sans doute parce que nos

---

(1) RONDONNEAU DE LA MOTTE. — *Essai historique sur l'Hôtel-Dieu de Paris*, 1787.

(2) DE LANZAC DE LABORIE. — *Paris sous Napoléon*, t. 5.

prédécesseurs en ont fait la remarque que nous trouvons, dans beaucoup d'Hôpitaux, les loges des fous au rez-de-chaussée ; qu'ils en ont tenu les portes ouvertes au nord, les croisées fort petites et abritées du soleil. Combien ne citeroit-on pas de personnes dont l'esprit a été dérangé durant les grandes chaleurs de l'Été ! Combien de maniaques guéris par l'usage de boissons froides, ou par celui des bains froids ! J'ajouterai que l'Hiver est la saison la plus favorable aux folles de la Salpêtrière : je les ai observées pendant six années de suite, et je me suis assuré que celles qui, dans cette saison, couchoient dehors, seulement abritées d'un auvent, se portoient mieux durant les froids que pendant l'Été : l'Hiver, à peine étoient-elles enrhumées.

« Le résultat de ces observations n'indiqueroit-il pas qu'il faut tenir les fous à l'abri de l'impression d'une forte chaleur ; qu'il convient de leur faire respirer un air frais, propre à tempérer l'extrême effervescence de leur sang ?

« Mais comment se procurer un air frais dans des lits où l'on couche trois ou quatre fous, qui se pressent, s'agitent, se battent, qu'on garotte, qu'on contrarie ? et dans des salles infiniment resserrées, à quatre rangs de lits, où, par un malheur inconcevable, on rencontre :

« 1<sup>o</sup> une cheminée où le feu n'éteint pas ;

« 2<sup>o</sup> le vaste fourneau à chauffer l'eau des bains ;

« 3<sup>o</sup> les baignoires pour les bains chauds ;

« 4<sup>o</sup> de vastes croisées au levant et au couchant qui reçoivent, le matin et le soir, les rayons du soleil. Ce tableau est celui de la salle Saint-Louis ou des fous : il montre que cette salle est construite et meublée contre les principes de l'art de guérir.

« En effet, que sont des bâtiments d'Hôpitaux pour d'autres malades que des fous ? Des moyens purement auxiliaires, propres à favoriser le régime et à féconder la vertu des médicamens. Mais les hôpitaux pour les fous sont autre chose : ils font eux-mêmes fonctions de remède. Il faut que le fou, durant le traitement, ne soit point contrarié ; qu'il puisse, dans les momens où il est surveillé, sortir de sa loge, parcourir sa galerie, se rendre au promenoir, faire un exercice qui le dissipe et que la nature lui commande. Voilà ce qu'on trouve établi dans les deux Hôpitaux de Londres pour les fous, Bethléem et Saint-Luc. Rien de tout cela à l'Hôtel-Dieu.

« N'est-ce pas encore contre les principes de l'art qu'on a placé, dans cette maison, avec les fous, les personnes



mordues par des chiens enragés ? On met ces malades, qui ont horreur de l'eau, précisément dans un endroit où ils ont l'eau sous les yeux, où sans cesse ils entendent le bruit et en ont l'imagination frappée. Il convenoit sans doute de s'y pourvoir de cabinets ou séquestration pour le renfermer; ne fût-ce que pour ne pas tourmenter les autres malades, qui craignent, avec juste raison, le voisinage de ceux-ci ; en cela on se fût conformé à ce qui se pratique à l'Hôpital du Saint-Esprit à Rome où, dans le classement des malades, on a donné une attention particulière à celle-ci, en la séparant de toutes les autres. » (1).

Les malades restaient dans le service des aliénés pendant une période de deux fois six semaines, puis, s'ils n'étaient pas guéris, transférés dans des services de chroniques. On les admettait aux Petites-Maisons avec un certificat médical attestant leur incurabilité, à Bicêtre et à la Salpêtrière, « sur un ordre du Ministre du département de Paris..... prouvant que ceux pour lesquels on le sollicite ont été traités et que le succès n'a pas répondu aux espérances qu'on avait eues de les guérir » (*Mémoires*, p. 212). Le traitement institué consistait surtout en bains, douches, saignées, purgations et vésicatoires aux jambes (2). Les saignées abondantes et copieuses pratiquées au pied, à la temporale, à la jugulaire précédaient l'administration de purgatifs, de boissons « abondantes et froides, délayantes et antiphlogistiques » (3). On recourait aussi à la transfusion sanguine. Les ressources de la pharmacopée étaient largement utilisées contre la manie, la mélancolie, l'épilepsie.

Tenon déplore qu'aucune statistique n'ait été relevée des aliénés traités et des résultats obtenus. Elle lui aurait permis de mieux prévoir les besoins du nouvel hôpital.

(1) TENON. — *Mémoires sur les Hôpitaux de Paris*, 1788, p. 211 et suivantes.

(2) FOSSEYEU. — *Les Aliénés à Paris. 1<sup>er</sup> Congrès d'Histoire de la Médecine*. Anvers, 1920.

(3) P. SÉRIEUX. — Le traitement des maladies mentales dans les Maisons d'Aliénés au XVIII<sup>e</sup> siècle. *Archives de Neurologie*, octobre 1924, avril 1925.

Le service d'aigus de l'Hôtel-Dieu, s'il était très suffisant au point de vue de la thérapeutique active des psychoses qu'on y voulait traiter, n'atteignait donc pas le but désiré. La promiscuité, l'installation antihygiénique des salles imposaient une réforme. Tenon, si clairvoyant dans la critique, ne le fut pas moins dans son projet de réorganisation. Une telle compétence, une vue si juste des nécessités du moment ne germent pas spontanément. Elles sont le résultat de patientes recherches. Les renseignements que Tenon acquérait sur l'aliénation mentale, il les inscrivait au cours de ses voyages. Ils se retrouvent en maints endroits de ses papiers inédits qui sont une source des plus intéressantes de l'histoire de l'Assistance au XVIII<sup>e</sup> siècle. Il est indispensable de parcourir toutes ces notes si l'on veut comprendre comment Tenon est arrivé à concevoir le service d'aliénés curables dont il donne le modèle à la fin de ses *Mémoires sur les Hôpitaux*.



**Sources d'informations de Tenon.** — Ses papiers inédits forment 12 volumes que tous les médecins et les hygiénistes peuvent consulter avec profit (1). On y lit des aperçus sur les questions les plus diverses : secours à apporter aux indigents, assistance aux enfants trouvés, hôpitaux, remèdes aux inondations et aux incendies, épidémies, agriculture, élevage, etc. L'un des volumes renferme des considérations médico-chirurgicales avec les traitements institués en France et en Angleterre par Jean Hunizowsky, professeur de chirurgie à l'école militaire de Gumpendorf, qui donnent une idée très précise de l'état des sciences médicales vers 1783. Dans cet amoncellement peu cohérent de faits enregistrés au cours d'une vie scientifique si longue et si active, il y aurait la matière d'études pleines d'attrait. Le cadre de ce travail nous oblige à limiter notre exposition aux notes d'intérêt psychia-

---

(1) Les papiers inédits de Tenon sont conservés à la Bibliothèque Nationale (nouvelles acquisitions françaises). Nous les désignerons simplement par les initiales B. N. suivies du numéro d'ordre et de l'indication de la page.

trique. Tenon connaissait, pour les avoir visités, de nombreux hôpitaux de France et d'Angleterre ; il en connaissait d'autres par des correspondances reçues des médecins de Suisse, d'Italie, d'Espagne. Il avait observé les malades à Bicêtre et à la Salpêtrière et en gardait de nombreuses statistiques.

Au cours de son voyage en Angleterre, Tenon a vu les établissements d'aliénés alors considérés comme les mieux installés. Le 4 et le 9 juin 1787, il visite l'Hôpital Saint-Luc dont la construction, commencée en 1782, n'était pas encore achevée. C'est un bâtiment à deux étages qui abrite 130 malades et loge médecin, chirurgien et apothicaire, cinq domestiques hommes dont 3 infirmiers, sept femmes dont 3 infirmières. Les dortoirs comprennent 24 loges, les lits sont en bois de sapin ; les gâteaux n'ont que de la paille, les non gâteaux ont un matelas et un traversin de laine. « Le fond de la crèche est incliné du chevet aux pieds où il y a une fente pour l'écoulement de l'urine qui tombe dans un tiroir garni de plomb, lequel se dégage par le devant de la crèche (1). » « Il y a des commodités à chaque galerie..... on les lave plusieurs fois par jour..... il en part un petit tuyau qui s'embranché à chaque étage sur un plus grand d'un pied et demi de diamètre, il conduit les excréments dans la fosse. Cette fosse n'est point sous le bâtiment, elle est en avant et dans un promenoir, elle descend jusqu'à l'eau. On a creusé 10 pieds plus bas que sa superficie..... (2). » « La buanderie, la cuisine, le lavoir de la cuisine, la paneterie, le garde-manger pour la viande fraîche et la viande salée, différens magasins sont dans les souterrains. » Il y a une infirmerie pour les hommes et une pour les femmes de trois lits chacune, avec bains chauds et froids.

« Les malades y sont admis gratuitement et reçus par ordre d'inscription. Deux Bourgeois donnent une soumission de retirer celui qu'ils présentent à la réquisition des administrateurs, de le faire enterrer en cas de mort et, s'ils ne le retirent pas, de payer cent livres sterlings.

---

(1) B. N., 22.744, f° 12.

(2) B. N., 22.744, f° 13.

« Le Public n'entre point dans cet Hôpital.

« Pour y être reçu, il faut que l'on soit pauvre, décidé maniaque, que la maladie ne date pas de plus d'un an, que l'on n'ait pas été traité dans un autre hôpital de fous. On n'admet ni imbécile, ni malade frappé de maladie convulsive, ni vénériens, ni galeux, ni femmes enceintes, ni variolés. Les fous devenus variolés à l'hôpital St-Luc sont envoyés à celui de la petite vérole moyennant 10 Guinées par an que lui donne l'Hôpital St-Luc ; ils ont le droit de rentrer à l'Hôpital St-Luc après leur guérison et d'y rester le temps nécessaire au traitement de leur folie.

« Il en est de même des galeux ; ils sont renvoyés pour se faire traiter de leur gale et repris après leur guérison.

« La durée du traitement des fous est d'un an ; si, au bout de ce terme, ils ne sont pas guéris, on les renvoie.

« On n'obstine point les malades, on leur parle avec douceur ; on les attache par le pied dans leur lit ; le jour, on les fait sortir de leurs loges, ils ont la liberté de se promener dans la galerie ou dans le promenoir en plein air. On attache avec de longues manches les bras de ceux qui sont actuellement sans raison ; du reste on les laisse aller et venir, ce qui les contrarie moins.

« On traite d'après les indications qui se présentent et qui semblent les plus favorables à saisir. On rétablit les évacuations supprimées, on tient soigneusement le ventre libre. On les passe à l'infirmerie lorsqu'ils sont malades.

« Sur cent fous, on en guérit 70 ; à proportion autant de femmes que d'hommes.

« Il y a en ce moment 100 malades dans le traitement et 30 fous vétérans à la pension qui ont été traités dans cet hôpital et reconnus incurables ; leurs pension est de 12 livres sterlings par an. La plus faible pension de fous dans les Maisons particulières est de 25 livres sterlings.

« On n'admet point comme vétérans les pauvres des paroisses, elles sont tenues d'en prendre soin, mais seulement des personnes peu aisées, et qui ne sont pas dans la plus grande misère ; elle se fournissent de linge et de vêtements. »

« Sur les 130 fous et folles indiqués ci-dessus, il y a 70 femmes et 60 hommes. On a reconnu à l'hôpital britannique, comme j'ai reconnu à Paris qu'il y a un tiers plus de folles furieuses que de fous. Terminé, il contiendra 220 fous et folles... » (1).

(1) B. N., 22.744, f° 15.

« Le Docteur Simmons a vu des fous de 10 à 12 ans ; passé 45, 50 ans, il est plus difficile de guérir de cette maladie. On en guérit plus facilement dans la première année qu'on en est attaqué que dans les suivantes. On ne doute point qu'elle soit héréditaire » (1).

Après St-Luc, Ténon visite Bethléem (ou Bedlam) le 15 juin. Cet hôpital contient 300 aliénés, hommes et femmes, parmi lesquels 110 chroniques. Les dispositions générales des locaux rappellent celles de St-Luc. L'infirmerie des hommes contient 12 lits, celle des femmes 10. Le médecin fait sa visite trois fois par semaine, le chirurgien tous les jours. Voici quelques mots sur le régime alimentaire.

« A 8 heures du matin du gruau. Trois fois par semaine du bouillon, 8 onces de viande, 8 onces de pain, chopine de bière vers midi.

« A 5 heures du soir en hiver, à 8 heures en été, 8 onces de pain, 2 onces de beurre, ou 2 onces de fromage, une chopine et demie de bière.

« Quatre fois par semaine une soupe au lait les jours que l'on ne donne point de bouillon gras et de viande : ces jours-là après le gruau, on donne du pain et du beurre...

« ...Les mardis, depuis le mois de mars jusqu'en septembre on donne du mouton rôti et bouilli ; le jeudi du veau ; le dimanche du bœuf ; six fois du porc pendant l'été ; tous les jours des choux ; quelquefois des pommes de terre ; elle coûtent 2 liards, ou un sol d'Angleterre la livre pesant ; ce qui est cher et fait qu'on en donne peu...

« On consomme 80 galons de lait par semaine. Le galon de lait est double. Le simple est 4 pintes de Paris » (2).

Les malades portent leurs habits ; l'uniforme de la maison est réservé aux pauvres. Deux promenoirs permettent aux aliénés de jouer et de se promener. Tenon remarque « un des fous jouant aux quilles, un infirmier le surveillant ». Certains malades vont et viennent les bras attachés, « un petit nombre sont enchaînés par un bras ou par une jambe sur leur lit ».

---

(1) B. N., 22.744. f° 16.

(2) B. N., 22.744, f° 30 et 31.

D'autres hôpitaux anglais recevaient également les aliénés : celui de Bristol, celui d'Exeter. La maison de Londres, appelée Madelene, était destinée aux « filles égarées des routes de la vertu » (1).

Après ces visites, Tenon jette quelques notes qu'il se propose de classer pour les mettre en tête de son rapport sur les hôpitaux anglais destinés aux aliénés :

« Le fou mange plus que celui qui ne l'est pas.... »

« Terminaison de la folie — beaucoup de foux qui guérissent à l'hôpital de Bicêtre ont été traités à l'Hôtel-Dieu d'où ils sont sortis encore foux ; d'autres en plus petit nombre n'avaient pas été traités... d'autres ne guérissent point... »

« Plus la folie est violente plus on a d'espérance de guérison. »

« On guérit plus volontiers les jeunes que les vieux, la folie spontanée que l'héréditaire... Il n'y a pas de foux plus terribles que ceux à cheveux roux... la folie provenant d'orgueil, de fanatisme peu curable ; ...celle d'amour, de fortune, plus curable... » (2).

A Rome, vers la même époque, Tenon nous apprend que les aliénés étaient soignés dans une dépendance de l'hôpital du Saint-Esprit. « Le nombre des hommes est à peu près de 100, celui des femmes de 90... Les furieux sont dans des loges... On ne s'occupe pas beaucoup de leur cure et peu retrouvent la raison (3). » Les cas de folie sont nombreux, l'épilepsie y est fréquente (4). L'abbé Venuti Cortonese, qui écrivait en 1767 sur Rome, vante les soins donnés aux malades du Saint-Esprit. « Les fous de l'un et l'autre sexe sont traités avec un grand soin, aussi bien pour le corps que pour l'âme, assistés par des médecins et bien pourvus de médicaments (5). » En Italie, on soignait également les aliénés à l'hôpital Boniface à Florence et à l'hôpital de la Compagnie dite du Saint-Suaire et de la Sainte-

(1) B. N., 22.744, f° 107.

(2) B. N., 22.744, f° 232 et suivants.

(3) B. N., 22.745, f° 30.

(4) B. N., 22.745, f° 130.

(5) LALLEMAND. — *Histoire de la Charité*, t. 4, 2<sup>e</sup> partie.

Vierge-de-Grâce à Turin. — A Vienne, en Autriche, les aliénés sont séparés dans l'hôpital civil où l'on en soigne 300. En Espagne, les malades atteints de troubles mentaux dans les hôpitaux de Madrid sont placés provisoirement dans des loges puis transférés à Tolède ou à Saragosse.

Dans une lettre adressée à Tenon en 1788 au sujet de l'hôpital de Genève, on lit que les aliénés sont traités « si le mal est récent, n'est pas héréditaire, ne dépend pas d'un vice local, si la raison est tempérée..... ». Ils ont « des épilepsies (1) anciennes et invétérées et qui ont dégénéré pour ainsi dire en inepties » (2). L'expéditeur de la lettre déclare que les moyens de douceur calment mieux les aliénés que la contrainte.

En France, outre l'Hôtel-Dieu de Paris, l'Hôtel-Dieu de Lyon et l'Hôpital Général de Rouen recevaient des aliénés pour les traiter dans des locaux éloignés de ceux des autres malades. Tenon dit le plus grand bien de la « maison des insensés de la ville d'Avignon ».

« On n'a jamais rien oublié pour leur faire administrer les remèdes nécessaires pour leur guérison, ce qui a ouvertement produit des succès non équivoques...

« Les fous qui se trouvent dans un état dangereux sont enfermés dans des loges, et ceux qui sont dans un état plus tranquille ont leurs chambres ouvertes et la liberté de se promener dans les cours et jardins et mangent ensemble au réfectoire » (3).

Dans toutes ses descriptions d'hôpitaux, Tenon s'attache à donner avec précision les dimensions des salles, des loges, des lits. « Il savait, dit Cuvier, par pouces et par lignes ce qu'il faut à un homme pour respirer ; ce qu'il lui faut d'espace pour être couché, pour être enterré. Il avait parcouru la toise à la main les hôpitaux d'Amsterdam, de Londres, de Plimouth ;

---

(1) On traitait l'épilepsie à cette époque : « On surmonte certaines espèces d'épilepsie, les unes par des moyens chirurgicaux, les autres par le mercure, les autres par l'électricité ». [B. N., 22.743, f° 282].

(2) B. N., 22.745, f° 231 à 238.

(3) B. N., 22.137, f° 248.

et nous ne l'avons jamais vu assister aux obsèques d'un de nos confrères, qu'il n'ait mesuré la fosse, pour juger si elle était conforme aux réglemens. »

\*  
\*\*

**L'Hôpital pour les aliénés conçu par Tenon en 1788.**

— Muni des renseignements recueillis un peu partout en Europe, convaincu comme tous ses contemporains de la nécessité de renouveler l'assistance, Tenon propose au gouvernement l'installation d'un hôpital d'urgence au centre de Paris et de quatre hôpitaux périphériques, le premier pour les femmes enceintes ; le second pour les « maladies fétides » : scorbut, scrofules, cancer ; le troisième pour les maladies contagieuses ; le quatrième pour les aliénés à l'hôpital Sainte-Anne ou de la Santé (1). Ce dernier établissement devait contenir mille malades, tant fiévreux que blessés, mais pas de contagieux, car il « verse ses eaux dans la Bièvre, au-dessus de Paris, dans la Seine ». Dans des locaux séparés, on soignerait deux cents aliénés. Tenon demande que ces locaux soient organisés avec le plus grand soin.

Il exige du nouveau service une double qualité : 1° des pièces où les aliénés « soient sainement et en sûreté au moment de leur accès » ; 2° « des moyens de liberté accordés avec circonspection pour les temps de rémission, de déclin du mal et de guérison presque assurée » (2).

« Les deux Hôpitaux de fous les mieux conçus que nous connaissons, sont ceux de Bethléem et de Saint-Luc à Londres : nous crûmes devoir les prendre comme modèle ; à Plymouth, nous voulûmes nous rendre compte de leur application et jamais nous ne pûmes les mettre en ordre entre les parallèles de cet Hôpital, parce que les dimensions du corps-de-logis d'une maison de fous, leur distribution,

(1) En 1788, l'hôpital Sainte-Anne était inoccupé ; on l'utilisait parfois au cours d'épidémies. Il ne reçut des aliénés qu'en 1867 après la construction de l'Asile actuel. [P. Sérieux. Magnan, sa vie et son œuvre. Paris, 1921, pages 29 et 30].

(2) TENON. — *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*, p. 393 et suivantes.



leurs pièces de dessertes, ne sont pas les mêmes que celles qui conviennent aux bâtimens des salles d'un Hôpital de fiévreux et de blessés. »

Tenon donne ensuite le plan du nouveau local qui se composera de deux moitiés symétriques, comprenant chacune un terrain rectangulaire. Le centre sera occupé par un promenoir découvert ; l'un des côtés par un promenoir couvert, le côté opposé par 25 loges disposées en deux rangs séparés par un corridor. Les deux autres côtés perpendiculaires aux précédents formeront d'une part une moitié du vestibule central, de l'autre le réfectoire, les deux infirmeries pour fiévreux et blessés, les bains, etc....

« A l'Hôpital des fous, les femmes résideront d'un côté du vestibule, les hommes de l'autre côté ; la distribution sera semblable à droite et à gauche au rez-de-chaussée ; on répètera les loges au premier étage où l'on en placera dans les ailes la quantité suffisante pour compléter celle de deux cents : mais comme on n'a pas besoin d'un aussi grand nombre de loges pour les hommes que pour les femmes, on prendra l'emplacement nécessaire au 1<sup>er</sup> étage, dans l'aile du côté des hommes, afin de procurer à ceux-ci leurs quatre-vingts loges ; le reste sera employé à des ouvrages : les uns à l'usage des hommes, les autres à l'usage des femmes. »

Voici quelques indications pour les loges :

« Elles auront dans œuvre dix pieds de long, huit de large, onze pieds six pouces sous voûte, ce qui donnera à chaque fou sept toises quatre pieds six pouces cube d'air à respirer. Les loges seront boisées en sapin à six pieds de hauteur : on y placera, au lieu de couchette, une crèche en bois de six pieds de long sur trois de large et quinze pouces de profondeur ; le fond de la couchette sera planchéyé et incliné de la tête aux pieds, et garni, pour les fous qui conservent un peu de raison, d'une paillasse, d'un matelas, d'un traversin, de draps et de couvertures en quantité suffisante ; et pour ceux qui salissent, qui détruisent, on y mettra trente livres de paille fraîche. On aura sous le lit, vers le pied, un tiroir revêtu de plomb en dedans, où se rassembleront les urines ; on établira une

chaîne à demeure au bas de cette crèche, elle sert à prendre par le pied le fou qu'il est nécessaire de contenir. Ajoutez que tous les ustensiles à leur usage, comme plats, assiettes, écuelles à uriner, chaises percées, seaux de garde-robe, doivent être en bois » (1).

Tenon recommande encore de ne pas contrarier les malades et de ne les « priver de leur liberté qu'autant qu'ils pourraient nuire ».



Nous avons déjà dit que la réalisation du projet fut différée par les événements en 1789. Ce n'est pas que l'ardeur des philanthropes se soit éteinte, mais elle s'épuise en propositions contradictoires, en discours pompeux et en activités localisées et désunies. On est trop préoccupé à condamner les institutions existantes pour en tirer quelque profit. On détruit pour reconstruire.

Au Comité de Mendicité La Rochefoucault-Liancourt formule les mêmes critiques que Tenon sur les Hôpitaux et reprend les projets au sujet de l'Hôtel-Dieu (mai 1790).

La lecture du rapport fait par Tenon en 1792 au Comité des Secours Publics montre bien que les législateurs en sont encore à discuter des réformes sur le point d'être réalisées trois ans plus tôt.

« Les fous se distinguent en imbéciles et en furieux ; les uns et les autres demandent une surveillance continue ; et comme on n'a point ce qui est nécessaire pour les mettre en sûreté et pour les traiter en cas de folie, il s'est ouvert des pensionnats à l'usage du riche, et on s'est procuré quelques hôpitaux pour les pauvres. Il convient de faire connaître ces pensionnats et ces hôpitaux.

« Les pensionnats étoient tenus naguère les uns par des Religieux, les autres par des Séculiers. Celui des Charitains à Charenton renfermait jusqu'à 87 fous, dont les pensions réunies s'élevoient par an à 125 mille Livres. Il y en avoit un de 17 personnes chez les Picpus de Fontaine, campagne de Lyon ; un autre de 12 chez les Observantins de Monosque, département des Basses-Alpes ; celui des filles de la

(1) *Mémoires*, en note, p. 448.

Providence, à Saumur, département de Maine-et-Loire, donnoit asyle à 22 filles, etc... La suppression de ces ordres et de tous les autres qui se livroient à de pareils soins fera disparaître ce genre de secours. Il est donc important de se précautionner à ce sujet afin de ne pas se trouver au dépourvu...

« Quant aux hôpitaux qui reçoivent des fous, ils doivent se régler, pour leur étendue et leur distribution, sur le nombre de fous, les sexes, l'espèce de folie curable ou incurable.

« On ignore quel est, dans le royaume, le nombre des insensés, tant paisibles que furieux. En 1788, il en existoit de ces deux espèces mille neuf des deux sexes dans les seuls hôpitaux et les pensionnats de Paris. En cette année 1792, il s'en trouve aux hôpitaux de la Salpêtrière, Bicêtre, l'Hôtel-Dieu, les petites Maisons 802, sans comprendre ceux des 18 pensionnats répandus dans les faubourgs de cette grande ville. De sorte qu'en ce moment, comme en 1788, on peut compter sur environ 1.000 personnes attaquées de la folie, tant dans les hôpitaux que dans les pensionnats de Paris.

« Il ne faut point juger du nombre des fous du reste de l'Empire par ceux qui se trouvent dans la capitale. Les grandes villes, rendez-vous des hommes les plus corrompus, le sont aussi des fortes passions si voisines de la folie. Nous n'avons point de renseignements sur le nombre de fous du reste des hôpitaux du royaume ; nous savons seulement qu'il existe 85 loges à l'usage des fous à l'hôpital général de Rouen, 38 à l'Hôtel-Dieu de Lyon, qu'en la présente année on en retire 12 à l'hôpital mixte de Dijon, qu'il s'en trouve aussi à Marseille ; et nous estimons par apperçu qu'il existe habituellement environ 100 fous furieux des deux sexes par département, ce qui en élèveroit le nombre journalier à 8.300. Mais sur quoi il ne reste point de doute, c'est qu'il existe plus de folles furieuses que de fous furieux ; plus d'imbéciles des deux sexes que de maniaques : considérations à ne point négliger dans les dispositions à prendre pour les loger et les secourir. Cette vérité dont nous nous étions assurés en France, que le nombre des folles furieuses surpassoit celui des fous furieux, nous a été confirmée en Angleterre par le Docteur Simmons, célèbre médecin de l'hôpital St-Luc, et par l'illustre Pierre Visconti, médecin de l'hôpital Ste-Marie la Neuve à Florence... » (1).

---

(1) B. N., 22 743, f<sup>o</sup> 228 et suivants.

A Bicêtre, le sort des malades s'est amélioré ; l'hiver, les infirmeries sont surtout occupées par les scorbutiques (sur 796 aliénés admis de 1784 à 1789, il en est mort 341 ; on en guérissait en moyenne 40 par an). Le 9 avril 1792, Tenon note qu'on s'occupe de leur donner une infirmerie, un promenoir couvert et chauffé l'hiver.

« On vient de construire, à l'hôpital de la Salpêtrière, deux cents soixante-deux loges ; elles sont certainement mieux entendues que les vieilles, puisqu'on y a plus d'air à respirer ; mais elles sont au rez-de-chaussée, mais elles ne sont point sur des routes, mais elles sont en plein air, au lieu de donner sur des galeries, elles sont soumises à toutes sortes d'expositions, trop voisines de la rivière et d'une fosse remplie d'eau ; en un mot, elles ont les inconvénients des loges anciennes quant à l'humidité et à l'excès de chaleur. » (1).

Tenon réclame un médecin pour 96 malades environ, deux visites par jour, la présence dans les services d'élèves stagiaires changeant fréquemment de postes pour s'initier à toutes les branches de l'art médical, une infirmière pour 12 malades et 24 convalescents (2). Il termine par ces mots :

« Nous n'avons point de ces hôpitaux de fous pour le traitement de la folie ; c'est un oubli cruel de l'ancien régime, s'il se prolongeait, il deviendrait un crime national. Cette maladie, traitée dès son origine et dans le cours de la première année, est curable dans la proportion de 70 par 100 individus. Les hommes de tous états y sont sujets. »

On sent que Tenon subit l'influence du moment ; il délaisse les précisions mathématiques, l'examen méthodique des faits et formule de violentes critiques. On les retrouve sur une feuille manuscrite isolée et barrée d'ailleurs, inspirée sans doute en 1792 ou 1793.

---

(1) B. N., 22.743, f° 233.

(2) B. N., 22.743, f° 257.

« Chez nous, peuple ancien pour l'esclavage et l'insouciance, peuple nouveau pour la liberté et la vertu, qu'avons-nous à comparer à ces institutions qui naissent d'un sentiment profond de respect pour l'humanité ? Chez nous, celui qui a le malheur d'avoir perdu l'intelligence est exposé à la cruelle curiosité du public, qui va se repaître de sa malheureuse situation et souvent l'irriter. Chez nous, cet infortuné est jeté dans des loges humides au rez-de-chaussée, y est enchaîné ; souvent il y contracte le scorbut. De traitement pour la folie, il n'en est pas question ; nous n'avons aucun hôpital distribué pour en établir un convenable : celui de l'Hôtel-Dieu s'y exerce contre tous principes, dans un lieu trop resserré et trop chaud. Et ce qui prouve combien il est mauvais, c'est que souvent les malades renvoyés comme incurables dans les loges de Bicêtre y guérissent sans qu'on leur fasse aucun traitement, par la seule raison qu'ils sont au grand air.

« Un relevé fait en 1788 des fous furieux dans les hôpitaux et pensionnats de Paris en portoit le nombre à 451 ; à n'en supposer que 100 par département, ce seroit 8.200 à qui il importeroit de donner des secours. » (1).

Ce style rappelle les descriptions passionnées de Howard (2) et de Joly (3).

Tenon n'est pas juste pour lui-même, ni pour ses contemporains et ses collaborateurs. Certes les améliorations espérées n'étaient pas réalisées, beaucoup d'aliénés indigents continuaient à souffrir dans des locaux malsains, mais les efforts obstinés des médecins et des savants du XVIII<sup>e</sup> siècle ne devaient pas rester stériles.

L'impulsion était donnée ; un moment enrayée, elle devait stimuler les réformateurs dès le déclin de la tourmente révolutionnaire et inspirer le Directoire dans des tentatives de réorganisation basées sur les principes si sages que nous venons d'exposer (4).

---

(1) B. N., 22.736, f° 243.

(2) JOHN HOWARD. — *Etat des prisons, des hôpitaux et des maisons de force*, 1788.

(3) Voir BOUCHER. — *La Salpêtrière*. Thèse de Paris, 1883.

(4) LALLEMAND. — *15 années de réformes hospitalières*, 1774-1789, Paris, 1898.

Mais, sous le Directoire, les vœux des philanthropes ne furent pas encore exaucés. Le public et la majorité des médecins croient volontiers que Pinel à Bicêtre, en déchainant ses malades a bouleversé la thérapeutique des maladies mentales comme par un coup de baguette magique. C'est là une profonde erreur.

En 1806, Tenon, dans une note de ses papiers inédits, proteste à nouveau, contre l'organisation hospitalière et réclame l'évacuation de l'Hôtel-Dieu (1). Dans son mémoire sur les établissements consacrés aux aliénés, Esquirol rappelle les critiques de Reil sur l'état des malades en Allemagne en 1803, celles de Bennet sur l'hôpital de Bedlam en 1815. Il est certain que les guerres de l'Empire n'ont pas favorisé les progrès rapides de l'assistance aux malades. En 1818, Esquirol a encore vu en France des aliénés « enchaînés dans des antres où l'on craindrait de renfermer les bêtes féroces que le luxe des gouvernements entretient à grands frais dans les capitales » (2). Ce n'est que sous la Restauration et la monarchie de Juillet que l'entreprise des réformes utiles pourra enfin être menée à bien.

Ainsi se vérifie ce fait, trop souvent méconnu, que les grandes transformations sociales ne sont jamais l'œuvre ni d'une inspiration subite, ni d'un seul homme. En psychiatrie, comme partout ailleurs, l'adaptation du mode d'assistance aux nécessités présentes s'est effectuée progressivement avec cependant un rythme plus ou moins accéléré suivant les époques. Si on néglige d'étudier l'état des aliénés avant 1789 et les efforts tentés avant la Révolution pour améliorer leur sort, on se met dans l'impossibilité d'apprécier la valeur exacte des réformes apportées au cours du XIX<sup>e</sup> siècle par les médecins et les législateurs, lesquels ont puisé l'idée de leurs innovations dans les directives données sous l'ancien régime par des philanthropes comme Tenon qui fut l'un des plus compétents, des plus perspicaces et des plus hardis.

---

(1) B. N., 22.743, f<sup>o</sup> 44.

(2) ESQUIROL. — *Maladies mentales*, 1838, t. 2.

---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

SEANCE DU LUNDI 26 OCTOBRE 1925

Présidence : M. ROUBINOVITCH, Président

Assistaient à la séance : Mme Minkowska, M. Robin, membres correspondants.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

La correspondance comprend une lettre de M. Semelaigne s'excusant de ne pouvoir assister à la séance, le programme des Journées Médicales Tunisiennes, qui se tiendront à Pâques, du 2 au 5 avril 1926.

Les communications, adhésions et souscriptions doivent être adressées au D<sup>r</sup> Gérard, Bureau d'Hygiène, Tunis.

## *Rapport de Candidature*

M. René CHARPENTIER, rapporteur. — Messieurs, A la séance de juillet, vous avez désigné une commission composée de MM. Henri Colin, René Semelaigne et René Charpentier, rapporteur, pour examiner les titres du D<sup>r</sup> Frederic J. Farnell, de Providence (Rhode-Island, Etats-Unis d'Amérique), qui demande à faire partie de la Société Médico-psychologique à titre de membre associé étranger.

Né le 14 janvier 1885 à Providence, M. Frederic J. Farnell est docteur en médecine du Cornell University Medical College depuis 1908. De 1908 à 1924, il fut successivement assistant au Manhattan State Hospital, au Cornell Medical College, au Neurological Hospital, au Butler Hospital, au General Hospital, puis sero-pathologist au State Hospital for Mental Diseases, Howards, et psychiatre des Public Schools de Providence.

Il est actuellement chargé des fonctions de senior

visiting neurologist, de senior-psychiatre et neuro-psychiatre au Providence City Hospital, au Newport Hospital, au French Hospital, Pawtucket, ainsi que des fonctions de psychiatre consultant du State Hospital for mental diseases (Howards) et d'un grand nombre d'organisations sociales d'assistance.

Membre d'un grand nombre de Sociétés savantes [N.-Y. Neurological Society ; Psychoanalytic Society (Président, 1921) ; New-York Academy of Medicine ; American psychiatric Society ; Association for Neurological Research ; Association for the study of Internal Secretions ; Institute of Criminal Law and Criminology ; Rhode Island Society for Mental Hygiene (Secretary, 1915-1922) ; International Psychoanalytic Society ; Fellow of the American College of Physicians (member of the Board of Governors)], le D<sup>r</sup> Frederic J. Farnell est membre du Comité de direction du *Journal of Nervous and Mental Diseases* dont le managing editor est le D<sup>r</sup> Smith Ely Jelliffe, de New-York.

Parmi ses nombreux travaux, dans lesquels le D<sup>r</sup> Frederic J. Farnell s'est consacré à l'étude des questions actuellement les plus à l'ordre du jour de la neuro-psychiatrie, je vous rappellerai seulement : *An Extra cerebral Tumor in the Region of Hypophysis ; Systemic adiomycosis ; the psychopathic Child ; Hereditary Spinal Ataxia ; Pellegra ; Some Fallacies in Present Day Social Reform ; the intraveinuous Administration of Iodides ; Erotism as portrayed by Literature ; Tréatment of Disorders of the Spinal System by the Epidural Method ; Remarks on the Vegetative Nervous System and Internal Secretions ; Observations on the Colloidal Gold Reaction ; Protein Disorders and Convulsions, etc.....*

Je regrette que les limites imposées par le règlement ne me permettent pas d'insister davantage sur ces travaux qui mériteraient de vous être longuement exposés. J'en ai assez dit cependant. Votre Commission, Messieurs, est unanime à vous proposer d'élire le D<sup>r</sup> Frédéric-J. Farnell membre associé étranger de la Société médico-psychologique.

Le vote aura lieu à la séance de novembre.



M. René CHARPENTIER. — Messieurs, J'ai l'honneur de vous transmettre l'aimable invitation de la *Société Suisse de Psychiatrie* à participer à sa 69<sup>e</sup> *Réunion* qui aura lieu à Berne les 27 et 28 février 1926 ; présidence du D<sup>r</sup> L. Binswanger, de Krenzlingen. Ceux de nos collègues qui ont l'intention de faire des communications sur ce sujet sont priés de s'inscrire avant le 4 janvier 1926 auprès du D<sup>r</sup> L. Binswanger. (Pour le programme voir aux variétés).

### Les Hypochondriaques et leurs Médecins

D<sup>r</sup> A. RODIET      et      D<sup>r</sup> DAUSSY  
*Médecin-chef,*                      *Interne,*  
*de l'Asile de Ville-Evrard*

La première idée de ce travail nous est venue à l'Infirmerie spéciale où l'un de nous fréquente assidûment, par intérêt pour les savantes cliniques de notre collègue, le D<sup>r</sup> de Clérambault, médecin-chef de cette Infirmerie et aussi parce que c'est le meilleur moyen de bien connaître les malades qui sont ensuite transférés dans le service.

Entre de nombreuses observations, nous en avons retenu deux qui nous paraissent présenter des cas-types soignés dans notre service de « malades atteints d'idées hypochondriaques avec idées de persécution à l'égard de leurs médecins ».

OBS. I. — B... René-Edouard, 28 ans, ajusteur-mécanicien, entre le 27 juillet 1922 à l'Infirmerie spéciale et fait l'objet du certificat de placement suivant :

« Est atteint de psychose complexe, hypochondrie  
« d'influence psychique. Automatisme mental très net,  
« sous forme d'écho de pensée devancée, etc... Sugges-  
« tions exogènes. Masturbation par influence. Dési-  
« gnation de ses suggestionneurs : *choix dans le*  
« *monde médical en raison des consultations antérieu-*

« rement sollicitées du fait de son hypocondrie.  
 « Illusions de l'ouïe ; interprétations. Renonciations  
 « successives à divers thèmes, avec adoption de  
 « thèmes nouveaux, auto-critique partielle. Auto-ana-  
 « lyse morbide. Périodes dépressives. Actuellement,  
 « enjouement et érotisme. Probablement en voie de  
 « polymorphisme. Haine successive et incomplètement  
 « abolie contre deux aliénistes les D<sup>rs</sup> M..., et B...  
 « Lettres de plaintes contre eux au maire de sa  
 « commune natale. Il est privé de sa liberté par sug-  
 « gestion (*sic*). Probabilité d'évolution paranoïde.  
 « Actuellement hypocondriaque quérulent, catégorie  
 « éminemment portée aux actes, quelles que puissent  
 « être les apparences. »

Signé : D<sup>r</sup> DE CLÉRAMBAULT.

A l'admission, le 28 juillet 1922, le certificat du D<sup>r</sup> Colin est ainsi rédigé :

« Dégénérescence mentale avec obsessions multi-  
 « ples, préoccupations hypocondriaques, idées d'in-  
 « fluence. Déjà traité ; menaces contre les médecins  
 « qui ont conseillé le premier internement. »

Signé : D<sup>r</sup> COLIN.

B... entre à Ville-Evrard le 1<sup>er</sup> août 1922 avec le certi-  
 ficat suivant du D<sup>r</sup> Rogues de Fursac :

« Déséquilibre mental ; préoccupations hypocondria-  
 « ques. Tempérament paranoïaque : tendances quéru-  
 « lentes. Anomalies de la vie sexuelle (masturbation  
 « de 1914 à 1921) ; impuissance psychique à caractère  
 « obsédant, ayant durée environ 7 ans, disparue depuis  
 « deux mois, d'après le malade. Débilité mentale. »

Signé : D<sup>r</sup> R. DE FURSAC.

Le 7 novembre 1922, le malade qui avait déjà été  
 interné volontairement à Ste-Anne et dit avoir une  
 sœur épileptique actuellement à l'Asile de Clermont  
 (Oise), se plaint au médecin d'éprouver la sensation  
 qu'il est perdu, disant : « J'ai le cerveau et la tête  
 « malades par des contrariétés depuis 7 ans... Pour  
 « enlever ma contrariété, le D<sup>r</sup> Bérillon s'est chargé

« de me faire de l'auto-suggestion et c'est cela qui m'a rendu encore plus malade ».

3 mars 1924, B... réclame une pension, parce qu'il a été mobilisé pendant la guerre, alors qu'il avait des impulsions à se masturber et que les médecins ne l'ont pas soigné mais l'ont envoyé aux tranchées.

3 avril 1924, avait demandé à travailler de son métier d'ajusteur-mécanicien à l'atelier de serrurerie. Il se montre bon ouvrier, mais profite de l'inattention du chef d'atelier et de ses camarades pour se forger une ceinture spéciale destinée à cacher ses organes génitaux et qu'il s'ajuste autour du corps, en faisant une soudure sur le côté, au-dessus de la crête iliaque, afin, dit-il, de ne plus voir sa verge et de n'avoir plus ainsi la tentation de se masturber. Nous avons publié l'observation du fait et donné la photographie de cette ceinture de chasteté dans les *Annales de médecine légale*, de juillet 1924.

20 juillet 1925, depuis trois ans qu'il est dans le service, il lutte, dit-il, pour ne pas se masturber et cela le fait souffrir, mais il arrive à se maîtriser : « Cette « masturbation n'était sans doute, pense-t-il, que le « résultat d'une influence produite par ses camarades. « Sa maladie n'est pas encore terminée et il lui faut « toujours lutter. » Il dit encore qu'il souffre d'être seul ; mais qu'il n'a jamais voulu connaître de femme, par timidité, et qu'il en est arrivé à avoir beaucoup d'orgueil et à détester les médecins qui lui ont donné des conseils ; mais n'ont pas voulu le guérir.

Obs. II. — K... Joseph, 36 ans, négociant en nouveautés, né à Beyrouth (Syrie), naturalisé français, entre le 15 juillet 1925 à l'Infirmierie spéciale et fait l'objet du certificat de placement suivant :

« Atteint de psychose interprétative. Double courant d'idées ; thèmes persécutifs, thèmes hypochondriaques ; suivi et espionné par des inconnus, émissaires d'une ancienne maîtresse et dirigés par deux amants de cette même personne, agents de la Préfecture. Jeux de physionomie. Diffamation occulte ; deux imputations difficiles d'énoncer et,

« d'ailleurs connues de tous. Intrusions ; vols ; traces  
 « diverses ; dessins symboliques ; phrases anglaises  
 « mystérieuses. Piqûres dans un tramway et au café.  
 « *Injections fallacieuses par un médecin arménien.*  
 « Consommations suspectes. Indices innombrables  
 « tirés des circonstances. *Phrases formelles de certains*  
 « *médecins.* Les autorités veulent le faire disparaître :  
 « tribunal secret et tribunal de la Préfecture. Il se  
 « laissera tuer sans mot dire. Malaises innombrables  
 « et bizarres. Brûlures internes. Viscères et articula-  
 « tions tous atteints. Goûts suspects. Poisons. *Démar-*  
 « *ches auprès de nombreux médecins* dont plusieurs  
 « radiographes. Lettres aux autorités demandant une  
 « expertise officielle et une radiographie par expert.  
 « Réaction quérulante ; indignation ; excitation ;  
 « loquacité ; graphonée. Plaintes multiples (Intérieur,  
 « Parquet, Police). Démarches chez plusieurs avocats.  
 « Déclare rendre les autorités responsables de son  
 « sort. Avoue avoir déjà arrêté plusieurs fois dans la  
 « rue des passants pour leur demander des comptes ;  
 « aurait dû prendre à la gorge le plus coupable. Vague  
 « mégalomanie, grandiloquence. Martyre résigné avec  
 « mutisme magnanime. A rendu de grands services et  
 « sauvé l'honneur de plusieurs personnes. Ingratitude  
 « de la France. Début apparent, il y a 2 ans 1/2, à  
 « l'occasion d'une liaison peu choisie, semblerait-il.  
 « Préoccupations de ce fait, puis interprétations  
 « suivies et finalement hypocondrie à caractère persé-  
 « cutif peut-être d'emblée. Absence de fond paranoïa-  
 « que. Optimisme et gaieté. Actuellement encore aménité.  
 « Réticence acquise. Compréhension incomplète du  
 « cas chez son amie, Mlle G. Crédulité de cette der-  
 « nière, sans un délire proprement dit. »

Signé : D<sup>r</sup> G. DE CLÉRAMBAULT.

A l'Admission, le 16 juillet 1925, le certificat du D<sup>r</sup> Colin est ainsi rédigé :

« Est atteint de délire de persécution. Interpréta-  
 « tions nombreuses. Troubles de la sensibilité générale.  
 « Déjà traité. »

En effet, ce malade a passé en 1914 un mois dans

la Maison de Santé du D<sup>r</sup> Marie qu'il accuse de ne pas l'avoir fait radiographier et d'avoir aggravé les malaises dont il se plaint.

Il entre à Ville-Evrard le 16 juillet 1925 avec le certificat immédiat suivant :

« Délire de persécution avec idées hypocondriaques, interprétations et troubles cénesthésiques. »

Signé : D<sup>r</sup> RODIET.

Il affirme que le D<sup>r</sup> H. lui a fait des piqûres intramusculaires à la fesse qui lui donnaient des brûlures dans les poumons et les seins et des troubles bizarres. « On aurait dit que j'allais cracher mes poumons. » Le médecin a refusé de donner la formule de sa spécialité.

Le D<sup>r</sup> K. A. qu'il a consulté ensuite lui a dit : « Mettez-moi cette main sur la table en attendant que vous creviez » ; mais c'est surtout le D<sup>r</sup> H. qui, pendant trois ans, lui a donné des soins nuisibles et dont il souffrira toujours.

Tous ses ennuis remontent à 1923, époque où il a fréquenté une fille ayant des amants à la Préfecture et ce sont ces amants qui peut-être sont d'accord avec les médecins. Craignant la syphilis, il fait pratiquer dix-huit B.-W. et trois ponctions lombaires. Il éprouve des sensations bizarres, suspecte une infection.

1<sup>er</sup> août 1925. — Se présente souriant, obséquieux et prévenant. Affirme qu'il n'éprouve plus aucune malaise, alors qu'il s'est plaint, hier soir, à l'interne de garde, de violents fourmillements dans la tête et de piqûres dans tout le corps. Réticent et dissimulé, se dérobe aux questions et nie avec énergie les déclarations qu'il a faites devant nous à l'Infirmierie spéciale et les faits mentionnés dans le certificat du médecin de cette Infirmierie. Toutefois, renouvelle son affirmation d'empoisonnement envers le D<sup>r</sup> H.

10 août 1925. — Se considère comme perdu, affirme qu'il va mourir et réclame des examens quotidiens.

Ainsi donc, voilà deux malades qui ont choisi leurs persécuteurs parmi les médecins qui les ont soignés.

De pareilles observations sont nombreuses. Elles permettent d'envisager le mécanisme du délire.

Ainsi que l'ont très bien démontré Falret père, Magnan et Régis, « le sujet (1) passe d'abord par un « état d'inquiétude pénible pendant lequel, éprouvant « des troubles étranges et sentant ses rapports avec « le monde extérieur se modifier, il se replie sur lui-même et s'enfonce dans une analyse douloureuse. « D'une acuité psychique d'autant plus vive que toutes « ses facultés sont tendues vers le même objet, il « scrute attentivement tout ce qui se dit, tout ce qui « se fait et tout ce qui se passe autour de lui. »

Parce qu'il souffre constamment, ou s'imagine souffrir, ce malade passe d'un médecin à un autre, recherchant un soulagement.

Il s'est adressé d'abord à tous les pharmaciens de son quartier, essayant tour à tour les traitements les plus bizarres et les plus coûteux et s'attachant à lire les réclames de la dernière page des journaux, entassant chez lui flacons et pilules, et, inlassablement, se soumettant à une nouvelle thérapeutique. Vient-il à échouer, quelque jour, chez un médecin désireux de multiplier les consultations pour augmenter ses honoraires, il est perdu socialement, car il n'accorde pas plus sa confiance à celui-là qu'à ceux qu'il a déjà consultés et qui l'ont éliminé les uns après les autres, mais il accepte les sacrifices d'argent, pourvu que le médecin l'écoute. Si, pour maintenir la confiance de son client et le garder, le praticien se laisse aller à instituer un traitement par injections, le malade, après une période d'espoir et de confiance, attribue aux piqûres tous ses malaises et les troubles qu'il éprouve. Surtout, s'il est atteint d'impuissance sexuelle, il s'imagine que le médecin lui a injecté une substance destinée à lui enlever sa virilité, ou encore, il l'a empoisonné, ou bien il s'est servi d'appareils malpropres, et il lui a inoculé la syphilis ou la tuberculose. Dès lors, c'est un persécuté-persécuteur qui écrit des lettres aux autorités, dénonce le médecin à tout son entourage, le poursuit de ses revendications et de ses menaces et

---

(1) RÉGIS. — *Précis de Psychiatrie.*

parfois se livre sur lui à une tentative de meurtre.

Les deux malades de nos observations ont été internés, alors qu'ils avaient menacé de meurtre leurs médecins et qu'ils avaient écrit des lettres de dénonciation à leur sujet au Parquet de la Seine.

On ne saurait donc trop recommander aux médecins de clientèle la prudence et la circonspection à l'égard des malades hypocondriaques. Lorsque, après un examen scrupuleux, ils seront persuadés que leur client ne présente pas les troubles organiques dont il se plaint, que ses souffrances sont exagérées ou imaginaires, l'intérêt des médecins est de le rassurer et de l'évincer de leur consultation le plus doucement possible, mais aussi le plus tôt possible. Il faut que tous les médecins de clientèle sachent que les malades hypocondriaques deviennent souvent (et de nombreux exemples l'ont prouvé) de très dangereux persécuteurs à l'égard des praticiens qui les ont soignés même avec désintéressement et dévouement.

#### DISCUSSION

M. MIGNARD. — Il n'est pas douteux que pour l'attitude à observer vis-à-vis de certains hypocondriaques, les conseils de prudence, et même parfois d'abstention, que donnent MM. Rodiet et Daussy, méritent d'être suivis. Mais tous les hypocondriaques ne sont pas des délirants systématiques, ni même des revendicants. Il est des hypocondries légitimes, qui nécessitent un sérieux examen médical. Il est surtout des obsédés, nosophobiques, psychasthéniques, qui demandent une direction morale. Et je pense que le médecin spécialiste des maladies mentales est tout désigné, dans ces cas, pour assurer cette direction par une prudente psychothérapie. D'autant plus que le malade se trouvera soumis, de ce fait, à une certaine surveillance médicale, qui reste désirable au point de vue social.

M. RODIET. — Nous insistons sur ce point que certains hypocondriaques deviennent ou restent très dangereux pour leurs médecins, quelque habileté et quelque prudence que ceux-ci puissent déployer dans leur conduite à leur égard.

## De l'Etymologie du mot « Inhibition », terme nautique, d'après Cicéron

Par M. TRÉNEL

Dans son article « Inhibition » du Dictionnaire Dechambre, où il expose et codifie d'une façon définitive sa géniale conception, Brown-Séquard s'exprime ainsi : « Il importe d'appeler par un nom n'appartenant guère qu'à lui un acte biologique tout à fait spécial. Le choix du mot inhibition nous était tout naturellement indiqué par les raisons suivantes : la première c'est que les hommes de loi, en France, emploient ce mot pour exprimer quelque chose d'analogue à ce qui se passe dans l'organisme animal quand il y a inhibition ; la seconde parce que le même mot est employé en Angleterre par les médecins et les physiologistes pour désigner l'acte spécial dont nous nous occupons. »

Il faut faire remonter plus loin l'origine de ce terme et son application à des phénomènes d'arrêt ; cette origine, nous la trouvons dans un singulier passage d'une lettre de Cicéron à Atticus datant de l'an 707 de la fondation de Rome (1). Ce passage bien connu certes des lexicographes et qui a donné lieu de leur part à maints commentaires pour ne citer que le travail fameux de Gronovius, paraît être passé inaperçu de l'inventeur de l'inhibition et des physiologistes. Il nous a paru curieux, d'autant que semblables discussions étymologiques chez les auteurs anciens sont rares et précieuses.

Dans cette petite polémique linguistique entre les deux amis, il s'agit de savoir quel terme convient le mieux pour exprimer le fait que des rameurs arrêtent un navire par une manœuvre que Cicéron avait qualifiée de « *sustinere remos* » et qu'Atticus lui avait écrit devoir être exprimée par « *inhibere remos* ».

---

(1) Ad. ATTICUM. — *Epistolæ*, XIII, 21.



Cicéron avait employé cette expression pour caractériser par comparaison un certain mouvement oratoire, dans l'un de ses ouvrages, lequel à son habitude il avait donné à revoir et à éditer à Atticus. Celui-ci, dans une précédente lettre, ainsi qu'on peut le supposer par la réponse de Cicéron que nous donnons plus loin, lui avait proposé cette correction et paraît avoir insisté pour la lui faire accepter. Cette discussion avait trait suivant les commentateurs à un passage soit des *Academicæ Questiones*, soit du *De oratore*. Nous citerons ce dernier où il s'agit de l'orateur qui, après avoir débuté par la récitation de son discours écrit, se laisse aller à l'improvisation.

« Si, après n'avoir confié au papier qu'une partie de son discours, l'orateur s'abandonne pour le reste aux inspirations de sa pensée, l'auditeur ne s'apercevra d'aucun changement dans la diction. Comme un navire lancé sur les flots, si les rameurs *inhibent*, s'avance encore et continue à voguer quoique la rame ne le pousse plus, ainsi la marche du discours n'est pas interrompue au moment où l'orateur a cessé d'écrire ; mais ce premier travail devient comme une inspiration puissante qui le soutient et l'anime. » (D'après la traduction Nisard).

« *Ut concitato navigio, cum remiges inhibuerunt, retinet tamen ipsa navis motum et cursum suum, intermisso impetu, motusque remotum* (1). »

Il est à remarquer que le texte porte *inhibuerunt* et non *sustinerunt* qui était définitivement le mot propre, de sorte que, s'il s'agit bien ici du texte que Cicéron avait en vue dans sa lettre à Atticus, il faut conclure que la correction réclamée par lui ne fut pas faite ou que des exemplaires fautifs étaient déjà en circulation.

A ce sujet, Cicéron écrit donc à Atticus la lettre dont nous citons le passage ayant trait à ce point discuté de linguistique et que nous avons tenté de rendre avec plus de fidélité que les vieux traducteurs.

« *Nunc, ad rem ut redeam, inhibere illud tuum, quod valde mihi arriserat, vehementer displicet. Est enim*

(1) CICÉRON. — *De oratore*, I, 3.

*verbum totum nauticum : quamquam id quidem sciebam ; sed arbitrabar sustineri remos, cum inhibere essent remiges jussi. Id non esse ejusmodi didici heri, cum ad villam nostram navis appelleretur : non enim sustinent, sed alio modo remigant. Id ab ἐποχῇ remotissimum est : quare facies, ut ita sit in libro, quemadmodum fuit. Dices hoc idem Varroni, si fortè mutavit. Nec est melius quidquam, quàm ut Lucullus :*

*« Sustineat currum, ut bonu' sæpe agitator, equosque.*

*« Semperque Carneades προβολήν pugilis, et retentionem aurigæ, similem facit ἐποχῇ : inhibitio autem remigum motum habet, et vehementiorem quidem, remigationis navem convertentis ad puppim. ».*

« Maintenant, pour revenir à notre affaire, ce tien mot d'*Inhibere*, qui m'avait fort souri, me déplait à l'extrême. C'est en effet un terme tout uniment de marine : je le savais bien, mais je croyais qu'au commandement « *Inhibere* », donné à la chiourme, les rames étaient immobilisées. Qu'il n'en soit pas ainsi, je l'ai appris d'hier, comme un navire accostait à notre villa : en effet, on n'immobilise pas les rames, mais on rame suivant un mode inverse. Cela est bien loin de l'ἐποχῇ (1) : C'est pourquoi, fais en sorte que la phrase reste telle quelle dans ton exemplaire. Avertis de ceci Varron si d'aventure il a fait la correction. Rien n'exprime mieux cela que le vers de Lucullus :

« Qu'il retienne, comme un bon cocher, le char et les chevaux.

« Et d'ailleurs Carnéade identifie à l'ἐποχῇ la προβολή (2) du pugiliste et la tenue en main de l'aurige : l'inhibition au contraire est une manœuvre des rames, et une manœuvre plus accélérée, de la chiourme nageant à culer (3). »

(1) Ἐποχῇ. Arrêt, suspension.

(2) Προβολή. C'est l'attitude du pugiliste, tombé en garde, et prêt à porter un coup, c'est aussi l'attitude du cocher retenant ses chevaux dans les *carceres* (stalles de départ pour la course de chars) (note de l'Edition Panckouke d'après Budé).

(3) Un de nos collègues me fait observer que le terme technique exact est « *dérâmer* ». L'interprétation de ce passage est très contreversée, il signifierait peut être aussi que les rameurs font tourner le navire pour aborder par la poupe.

Il est curieux de constater avec quelle précision Cicéron explique à Atticus que *inhibere* indique non un simple arrêt, une suspension de mouvement, mais une *manœuvre active venant annihiler un mouvement préexistant*. Or, c'est bien précisément en ce sens que Brown-Séquard comprend l'inhibition.

« L'inhibition, pour les légistes, consiste en une décision qui arrête, suspend ou annihile une autre décision, ou dans l'action d'un juge qui met obstacle ou annule l'action d'autres juges. Pour nous médecins, *l'inhibition est un acte* en vertu duquel une propriété ou une activité et secondairement une fonction ou une simple action disparaît..... dans une ou plusieurs parties de l'organisme..... et grâce à une influence spéciale exercée par l'irritation transmise..... Il importe que l'on comprenne bien ce qui, du reste, ressort forcément des termes de cette définition que l'inhibition est un *acte* des tissus nerveux détruisant ou diminuant une puissance d'action en repos ou en activité *et non une simple cessation de puissance* par une cause quelconque autre qu'une influence nerveuse. » C'est donc avec raison que Dumas dans son *Traité* (1) s'élève avec Morat contre la tendance à confondre dans l'inhibition des phénomènes qui ne sont que des paralysies.

Peut-être avons-nous été un peu prolixe sur un mince sujet, mais nous citerons (2) pour notre défense ce même Varron, l'un des fondateurs lointains de la science des mots, dont les avis étaient si précieux pour notre orateur. N'a-t-il pas écrit des lignes bien suggestionnantes avec une remarquable vision de la science qui a illustré les Littré et les Darmestetter : « L'étymologie a ses obscurités, parce que l'origine des mots se perd dans la nuit des temps, ou parce que leur dérivation n'est pas toujours exacte, ou n'est pas demeurée pure, par suite de l'altération des mots ; ou bien encore parce que les mots de notre langue ne sont pas d'origine latine ; enfin parce que beaucoup de mots

---

(1) G. DUMAS. — *Traité de Psychologie*, t. 1, p. 251.

(2) VARRON. — *De lingua latina ad Ciceronem*, v. 2.

ont changé d'acception..... Dans chaque mot il y a lieu de considérer : 1° la chose d'où ce mot a tiré son origine; 2° la chose qu'il sert à désigner..... Je commencerai par l'origine des mots, laquelle a 4 degrés..... Le 4° est celui qui nous initie à la connaissance des principes des choses pour laquelle, si je ne parviens à l'atteindre, au défaut de science certaine, je m'appuierai sur la conjecture à l'exemple des médecins qui quelquefois n'agissent pas autrement dans le choix des remèdes qu'ils conseillent aux malades..... »

C'est par cet hommage du savant romain à la médecine que nous concluerons.

### La surveillance médicale des employés de Chemins de fer

M. H. COLIN, secrétaire général, informe la Société de la mise à l'ordre du jour à l'Académie de Médecine de la question de la surveillance médicale des employés de Chemins de fer. Il est probable que les vœux émis par la Société Médico-psychologique ont été le point de départ de cette nouvelle discussion, car l'Académie de Médecine a été saisie par une lettre émanant du Comité de direction des grands réseaux de Chemins de fer français. Or, suivant le désir exprimé par la Société, toutes les grandes Compagnies avaient reçu le rapport imprimé de notre collègue, le D<sup>r</sup> Pactet.

M. LEGRAIN, dans une récente conférence par téléphonie sans fil, a saisi l'occasion de répandre dans le grand public les idées qui sont, sur ce point, familières aux membres de la Société Médico-psychologique.

La séance est levée à 17 heures 10.

*Un secrétaire des séances :*

M. MIGNARD.

---

# ANALYSES

## LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

### BIOLOGIE

Les Principes de la Vie, par E. GILLARD (Du yen thé),  
1 vol. in-8°, 202 pages. Maloine, éditeur, Paris, 1924.

L'auteur conçoit les *Principes de la Vie* d'après les constantes de la Biologie élémentaire.

De la connaissance de la cellule vivante et de la cellule nerveuse, il tire une formule de vie qu'il applique aussi bien à la vie individuelle qu'à la vie sociale, à la vie organique qu'à la vie intellectuelle. Cette formule de vie tirée de la Biologie contient toutes les manifestations de l'intelligence, toutes les œuvres de l'esprit : doctrines sociales, régimes, religions.

René CHARPENTIER.

Monisme vitaliste (mécanisme de la fonction nerveuse), par le D<sup>r</sup> M. CASSAGNEAU (1 vol. in-8°, 360 pages, *Mémoires et documents de philosophie scientifique*, E.-H. Guitard, édit., Occitania, Paris-Toulouse, 1925).

Travail original, destiné à montrer quelques-unes des principales formes que revêt le mécanisme de la Vie chez l'homme et dans lequel l'auteur expose une conception personnelle de la fonction nerveuse et du mécanisme psychique. Ce livre se termine par des considérations sur l'origine de l'écriture, sur l'Art et ses rapports avec le monde moral.

René CHARPENTIER.

### NEURO-PSYCHIATRIE

La Psychologie des névroses, par le D<sup>r</sup> O.-L. FOREL (1 vol. in-12, 258 pages, 2<sup>e</sup> édition, Kundig, édit., Genève, 1925).

Dans un premier chapitre, M. O.-L. Forel s'étonne du fossé profond qui, selon lui, sépara si longtemps la psychologie de la médecine mentale et passe rapidement en revue le

but et les limites de la psychologie, la continuité et la variabilité des phénomènes psychologiques, ce qu'on doit entendre sous les mots de normal, pathologique, maladie, anomalie, conscient, subconscient, inconscient, ce que sont la conscience morale, la souffrance morale, l'égoïsme, l'altruisme. Il rappelle l'influence des milieux psychologiques et l'importance des réactions au milieu, suivant qu'elles se caractérisent par l'émulation ou par l'opposition, ou encore par un reflet fidèle tel que cela s'observe chez les oligophrènes.

A la fin d'un bref essai de classification psychiatrique sommaire, l'auteur exprime le regret qu'« en se tenant trop aux méthodes de la médecine interne, la clinique psychiatrique ait trop longtemps négligé et même refusé le concours de la psychologie ». Ce reproche est-il bien mérité ? Combien d'excellents auteurs font encore, non sans de bonnes raisons, le reproche contraire. Quelle que soit l'importance évidente de l'étude des phénomènes psychologiques en psychiatrie, conviendrait-il donc de reprocher à la médecine mentale la tendance actuelle, si fertile en progrès, de considérer avant tout la psychiatrie comme une branche de la médecine et d'utiliser à son profit toutes les ressources de la clinique et du laboratoire. Suivant l'opinion du regretté professeur Dupré, la psychiatrie pourrait être considérée comme le couronnement des études médicales. C'est une spécialité bien particulière que celle-ci, dont l'action se retrouve dans toutes les branches de la médecine et dont l'exercice, pour être complet, nécessite le concours de toutes les sciences médicales. Mais je pense que telle est la conception de l'auteur dont les paroles, en voulant à juste titre, insister sur l'intérêt de l'analyse psychologique ont, vraisemblablement, dépassé la pensée.

Dans une intéressante étude caractérologique, M. O.-L. Forel décrit les types schizoïde, schizophrène (social, antisocial, asocial) et oligophrène auxquels il oppose les caractères névroïde et névrosé.

Il aborde ensuite l'étude proprement dite des névroses dont il met en évidence un certain nombre d'éléments psychologiques : les, sentiments d'incomplétude et d'infériorité, la peur et l'angoisse, la tendance à la dépression, les modalités affectives (associations et irradiations affectives, crible psychologique, exaltation, passion, labilité des sentiments), les altérations et les déviations de la volonté.

Les *désordres psychologiques de l'enfance et de l'adolescence* sont étudiés à part, à cause des différences, plus qualitatives que quantitatives, qui caractérisent le psychisme de

l'enfant et celui de l'adulte. Rappelant les travaux de Freud et de ses élèves sur les manifestations de la sexualité chez l'enfant, M. O.-L. Forel conclut que la cause de la névrose chez l'adolescent réside moins dans un « refoulement sexuel » que dans un ensemble très complexe d'entraves qui s'opposent au libre épanouissement psychologique en général. Il décrit la crise pubère, le réveil de la personnalité, la répercussion des signes physiques de la puberté sur la psychologie de l'adolescent, l'auto-érotisme.

Les *névroses de l'adulte* résultent d'un conflit permanent, sont le fruit d'innombrables causes, de toute l'interaction entre le milieu et un moi constitutionnellement prédisposé. Une erreur très répandue, consiste à prendre les effets, les coïncidences et les symptômes eux-mêmes de la névrose pour les causes de la maladie : c'est la *pseudo-causalité*. La *fiction* (idéal, but) des *névrosés* se distingue de celle du sujet normal et de celle du schizophrène dont elle n'a jamais la fixité rigide. Elle reste toujours en contact avec la réalité. L'inaptitude foncière du névrosé à concilier les oppositions détermine la « fuite dans la maladie ». M. O.-L. Forel résume ici très clairement les conceptions de Freud sur la psychanalyse, la psychopathologie sexuelle des névroses et l'onirocritie (art d'interpréter les songes). Il s'élève, non sans raison, contre l'exigence des psychanalystes demandant à ceux qui veulent émettre une opinion sur la doctrine, de se soumettre d'abord eux-mêmes à un examen psychanalytique. L'inventeur de la psychanalyse, ajoute M. O.-L. Forel est arrivé à ces conclusions sans avoir été psychanalysé. Après une courte critique du Freudisme, M. O.-L. Forel passe en revue les troubles sexuels de la névrose, anomalies et perversions sexuelles.

Renonçant à donner une classification des névroses, l'auteur préfère s'attacher à l'analyse psychologique des névroses et à leur traitement. Il en énumère les symptômes physiologiques et les symptômes psychologiques dont il donne l'interprétation par des extraits de Freud et de son disciple Adler, interprétations auxquelles M. O.-L. Forel n'accorde qu'« une valeur hypothétique ».

L'ouvrage se termine par l'exposé des divers procédés *psychothérapiques*. Dans un chapitre inspiré souvent des travaux de Pierre Janet sur les médications psychologiques et d'Aug. Forel sur l'hypnotisme, M. O.-L. Forel énumère rapidement les méthodes qu'il qualifie d'extramédicales [Christian Science, persuasion (Dubois, de Berne), repos, isolement, distraction, concentration, rééducation, sugges-

tions larvées par l'hydrothérapie et l'électrothérapie, etc.] et dont quelques-uns semblent pouvoir être avantageusement considérées comme médicales. S'il estime à juste titre que la seule psychothérapie rationnelle est celle qui subordonne la méthode aux malades, il semble accorder presque exclusivement ses préférences et limiter son choix à l'analyse psychologique « dont la psychanalyse n'est qu'un dérivé » et à l'hypnotisme médical (il convient de préciser que sous ces mots, le Dr O.-L. Forel entend la suggestion aussi bien à l'état de veille que pendant le sommeil provoqué...) M. O.-L. Forel ajoute d'ailleurs que le thérapeute ne doit pas s'occuper des troubles physiologiques symptomatiques de la névrose et que les applications de l'hydrothérapie, de l'électrothérapie, des médications pharmaceutiques sont, de la part des médecins spécialistes, des spéculations inadmissibles sur le crédit général de la médecine. Conclusion hardie que celle qui consiste à supprimer d'un arsenal thérapeutique déjà limité des agents dont l'action bienfaisante et diverse est si souvent ressentie et accusée par les malades, et à ne conserver que deux méthodes dont l'une n'a pas encore subi l'épreuve du temps, dont l'autre a éprouvé des échecs et des abandons retentissants, et qui, ni l'une ni l'autre, n'ont démontré être infaillibles.

Mais l'ivre enthousiaste, original, documenté, qui ne saurait laisser indifférent et dans lequel, suivant les principes énoncés par l'auteur, la psychopathologie évitant un contact trop étroit avec les « méthodes de la médecine interne » ne se laisse pas arrêter par « les problèmes qui ne se mesurent pas à l'aune, les faits sans causes connues, les phénomènes inexplicables », mais « voit et pénètre sans instrument, utilise l'intuition, décrit sans définir ».

René CHARPENTIER.

## PSYCHANALYSE

Connais-toi par la Psychanalyse, par J. RALPH (1 vol. in-8°, 284 pages, trad. de l'anglais avec l'autorisation de l'auteur, par le Dr S. JANKÉLÉVITCH, Payot édit., Paris, 1924).

Ce livre est à la fois un ouvrage de vulgarisation et un traité d'autopsychanalyse. Pour M. Ralph, les états mentaux et émotionnels anormaux ne sont pas seuls justiciables de la psychanalyse, et il y a beaucoup à attendre de l'application à « l'homme normal moyen » de cette méthode. Elle permet de découvrir les influences inconscientes qui déter-



minent la conduite humaine et de mettre ces influences en accord avec l'intérêt et le bien de l'individu.

Au point de vue analytique, se connaître est interpréter sa conduite consciente dans les termes des mobiles inconscients sous-jacents. Il n'y a pas, en réalité, écrit M. J. Ralph, d'actions désintéressées. Les intérêts, les inclinations et les tendances du moi sont les principaux facteurs déterminants de toute conduite humaine, mais ces mobiles inconscients peuvent être révélés par l'autopsychanalyse. Il est facile d'utiliser les données ainsi obtenues pour une adaptation aussi parfaite que possible à la vie sociale. Il suffit d'être animé du désir de perfectionnement moral, d'avoir le courage de ne pas reculer devant ses défauts, d'être sincère envers soi-même. C'est dans ce noble but que M. J. Ralph fait ici l'exposé de la doctrine psychanalytique et de ses méthodes, partant de ce principe que pour être à même de satisfaire aux exigences de la vie et de réagir efficacement aux influences extérieures, la personnalité doit commencer par signer un traité de paix avec son grand moi inconscient.

René CHARPENTIER.

## PSYCHIATRIE

L'Evolution psychiatrique, *Psychanalyse; Psychologie clinique*. (1 vol. in-8°, 304 pages, publié par MM. A. HESNARD et R. LAFORGUE, Payot, édit., Paris, 1925).

Premier volume d'une publication annoncée comme devant être périodique, ce recueil entreprend de grouper tous les travaux psychanalytiques de langue française. Il était attendu depuis longtemps. Dans l'esprit de ses directeurs, MM. Hesnard et Laforgue, le présent volume marque « une étape définitive » de la diffusion en France des « vues profondes, incertaines, mais géniales » du Prof. Freud. Il débute par un excellent résumé de l'histoire du mouvement psychanalytique de langue française.

Peut-être les psychanalystes seront-ils un peu déçus de constater que ce premier volume, en dépit de son apparition tardive, est consacré en grande partie à la schizophrénie? Mais le premier article, dû à M. le Prof. H. Claude et à M. R. Laforgue, sur la Schizophrénie et la constitution bipolaire du caractère schizoïde, et dans lequel ces auteurs présentent d'intéressantes considérations à propos d'un cas de complexe d'Œdipe chez un enfant suffirait à montrer les rapports qui existent entre ces deux conceptions. M. Min-

*kowski* y reviendra d'autre part dans les pages très documentées dans lesquelles il passe en revue *la Genèse de la notion de Schizophrénie et ses caractères essentiels*. C'est à M. Minkowski qu'est due, pour une grande part, la diffusion en France de la conception du Professeur Bleuler. Il l'a exposée à maintes reprises avec une clarté, une précision, une modération, un sens critique, qui ont contribué à éclairer les psychiatres français et à diminuer bien des résistances. Dans ce nouvel article, il passe en revue successivement, parmi les conceptions modernes, les classifications de Kraepelin, de Binet et Simon, de Chaslin et de Bleuler, en montrant le côté psychoclinique et le côté psychanalytique de la schizophrénie. *Les troubles essentiels de la schizophrénie dans leurs rapports avec les données de la psychologie et de la biologie modernes* sont exposés par Mme Minkowska.

En outre, dans un travail du service de M. le Professeur H. Claude, travail sur *les arriérations affectives*, MM. H. Codet et Laforgue décrivent, sous le nom de *Schizonoïa*, proposé par E. Pichon, la tendance générale à la discordance dans l'activité d'un individu, discordance entre l'attitude qu'il cherche consciemment à prendre dans la vie et son activité psychique inconsciente. A cette série de travaux sur la schizophrénie, s'apparente l'intéressant article de MM. A. Borel et Gilbert Robin sur les *Rêveurs*. Toute cette partie du volume forme une préface aux discussions qui suivront l'exposé des rapports que le professeur Bleuler et le professeur Henri Claude ont bien voulu accepter de présenter, à Genève, au mois d'août 1926, lors de la trentième session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

Nous avons déjà insisté auprès des lecteurs de ce journal (avril 1924, page 357) sur l'intérêt du travail de M. Raymond de Saussure sur la méthode psychanalytique. L'auteur, qui fut lui-même analysé quotidiennement par Freud pendant plus de trois mois, revient ici sur *la technique de la psychanalyse freudienne*, et sera lu avec fruit par tous ceux qui veulent aborder la pratique psychanalytique. Il estime qu'un des avantages de la méthode freudienne est de faire revivre au malade ses émotions originelles mieux qu'au moyen du dialogue, et il en limite le bénéfice thérapeutique aux hystériques, aux anxieux, aux obsédés, aux phobiques, aux tiqueurs. Critiquant le zèle des psychanalystes qui prétendent guérir des déments précoces ou des maniaques, M. Raymond de Saussure conclut que la cure psychanalytique, traitement de longue durée et qui exige du malade

des qualités spéciales, reste une médication de choix pour certains cas complexes qui ne cèdent pas à des traitements plus simples. Et cette conclusion sera sans doute approuvée par tous ceux, psychanalystes ou non, qui estiment qu'aucun malade ne doit être privé d'une chance de guérison.

Cet article est une introduction toute naturelle à ceux de MM. H. Codet et Laforgue sur *la sexualité dans les névroses*, de M. Hesnard sur l'intérêt de la *psychanalyse pour la clinique psychiatrique « française »* (pourquoi particulièrement pour la clinique psychiatrique française ?) et sur la *psychanalyse suivie de guérison d'un cas de psychose paranoïde*, de M. André Ceillier sur *le rôle des hallucinations psychiques dans l'exploration de l'inconscient*, article dans lequel cet auteur montre que les hallucinations psychiques et tous les phénomènes d'automatisme mental (à propos desquels il convient de rappeler les travaux de M. G. de Clérambault) sont les meilleurs symptômes traducteurs de la subconscience des malades.

Signalons encore un curieux article dans lequel MM. J. Damourette et Ed. Pichon, exposant ce que peut donner *la grammaire en tant que mode d'exploration de l'inconscient*, indiquent que la grammaire, seule, paraît pouvoir nous éclairer sur cet inconscient national collectif qu'est le génie d'un peuple. Ils estiment même que les particularités spéciales du style des écrivains peuvent contribuer à éclairer leur inconscient individuel, à nous livrer l'histoire de leur âme. Ce premier recueil se termine par une étude de M. R. Allendy sur *la psychanalyse, les sciences anciennes et les doctrines philosophiques* et par quelques comptes rendus.

Cette trop brève énumération rend un compte insuffisant de travaux qui seront lus avec intérêt et avec fruit. Il faut louer cette publication, pleine de faits cliniques, lui souhaiter la longue vie et le succès qu'elle mérite. Elle facilitera la tâche du lecteur en lui présentant, ainsi que cela se pratique ailleurs, périodiquement réunis, tous les travaux médicaux de langue française sur la psychanalyse. Et cela d'autant plus qu'elle voudra bien accueillir les travaux de critique et de contrôle au même titre que les exposés doctrinaux et les faits cliniques favorables. C'est ce qui résulte de l'avant-propos, où MM. Hesnard et Laforgue, après avoir dit à quel point la Psychanalyse est, à leur avis, « une méthode subtile, délicate, dangereuse même », précisent leur intention de retenir tous les « faits » intéressants mis en lumière par le professeur Freud « pour

les soumettre à un contrôle strictement scientifique ». N'est-il pas aussi d'observation courante que les petits inconvénients, tels que la dispersion, qui résultent du nombre des publications et des Sociétés savantes, sont bien plus que compensés par l'essor donné aux recherches scientifiques, et par le nombre des tribunes offertes à tous pour en exposer les résultats.

C'est la confrontation des faits et des idées qui décidera de cette évolution psychiatrique. Le progrès, suivant la phrase de Chaslin, rappelée par M. Minkowski, ne consiste pas, comme on semble le croire encore trop souvent, à faire table rase du passé, mais à enrichir celui-ci du présent et à préparer l'avenir.

René CHARPENTIER.

Qu'est-ce que la suggestion ? *Exposé historique et critique. Introduction à la psychologie de la suggestion et de l'autosuggestion*, par C. BAUDOUIN (1 vol., in-16, 146 pag., Delachaux et Niestlé, édit., Neuchâtel, Paris, 1924).

Ce petit livre est une introduction à un volume de M. C. Baudouin, intitulé *Psychologie de la Suggestion et de l'autosuggestion*, quatrième édition revue de son précédent volume sur le même sujet, travail paru en 1920 et qui eut le succès que l'on sait, en particulier par sa traduction anglaise.

La matière de cet ouvrage a été l'objet de cours à l'Institut J.-J. Rousseau et à l'Université de Genève. Le but de l'auteur est de montrer les rapports de sa conception de la suggestion avec les conceptions antérieures. Discutant les conceptions de Charcot, Liébeault, Bernheim, Grasset, Pierre Janet, Freud, etc., M. Charles Baudouin étudie successivement la suggestion, fait psychologique, la suggestion et le subconscient, normal et pathologique, les méthodes d'autosuggestion. Pour lui, l'essentiel dans la suggestion n'est pas l'influence du suggestionneur sur le sujet, mais bien un certain processus qui a lieu chez le sujet même et dont l'autosuggestion est le type. La suggestion, fait normal, ressortit à la psychologie individuelle. C'est une volonté subconsciente (ou l'équivalent subconscient de la volonté). Il importe d'en distinguer des formes différentes, et tout d'abord : la suggestion spontanée et la suggestion appliquée (suggestion provoquée par un praticien, suggestion réfléchie ou autosuggestion méthodique).

René CHARPENTIER.

*Les défauts, réactions de défense*, par Ch. FIESSINGER, membre correspondant de l'Académie de Médecine. (1 vol. in-8°, 334 pages, A. Maloine et fils, édit., Paris 1924).

Certains esprits, écrit M. Ch. Fiessinger, se fraient la voie à l'aide des infériorités même qui les diminuent. Le sujet réalise ses plans par des moyens troubles parce que seuls ils s'offrent à l'emploi de ses facultés.

Les défauts, dans leur mode d'activité, ont toujours quelque chose de tortueux et de louche. L'auteur les classe un peu arbitrairement en trois catégories et les passe en revue dans une suite de tableaux qui unissent l'art du moraliste à la science et à la pratique du médecin.

Après la défense par les *défauts à prédominance organique* (sourds, aveugles, bossus, géants, petits, dyseptiques, traqueurs, déprimés, abouliques, faibles, toxicomanes, prostitués, etc.), M. Ch. Fiessinger passe en revue la défense par les *défauts à prédominance affective* (hypocrites, méchants, peureux, secs, inquiets, autoritaires, gourmands, frivoles, boudeurs, sournois, haineux, etc.) et la défense par les *défauts à prédominance intellectuelle* (solennels, orgueilleux, sots, ignorants, sceptiques, optimistes, pessimistes, paradeurs, inexacts, faiseurs, menteurs, etc.).

Cet intéressant ouvrage se termine par des considérations sur le défaut familier, celui que l'intéressé prétend ne pas avoir. On croit être quelqu'un, mais on est toujours autre qu'on ne croit, constate M. Ch. Fiessinger, paraphrasant le Connais-toi toi-même de Socrate.

René CHARPENTIER.

*La défense psychique*, par M. J. BOAS, Docteur en Médecine de la Faculté d'Amsterdam, Docteur ès lettres de l'Université de Paris (1 vol., in-8, 284 pages, 29 fig., Félix Alcan, édit., Paris, 1924).

L'étude de la « Défense psychique » permet une analyse introspective de l'inhibition. L'auteur étudie le rôle de l'inhibition dans l'adaptation de l'individu à son milieu; il en montre les aspects très variés et les diverses fonctions.

Dans son étude M. Boas part de l'inhibition « statique », celle qui remplace l'action, nous rend insensible à un mal, supprime la perception; c'est cette réaction qu'il nomme défense subjective, psychique.

Une série d'expériences et d'exemples, en localisant sur la voie sensitivo-motrice les diverses défenses psychiques, permet d'en déterminer la nature et d'en faire le classement.

La concentration des forces individuelles, en s'accompagnant de jugements tendancieux, de fictions, de rétrécissement du champ de la conscience, est contraire au « bien-être freudien ». Il s'ensuit que toute intervention psychique thérapeutique tendant à obtenir ce bien-être sans tenir compte du rôle des inhibitions salutaires, menace de détruire l'effort total de l'individu, de diminuer ses forces combattives et de relâcher la tension mentale indispensable.

René CHARPENTIER.

## PSYCHOLOGIE

« Les rêveurs éveillés », par Adrien BOREL et Gilbert ROBIN (1 volume de 218 pages, collection « Les Documents Bleus ». Librairie Gallimard, 1925).

Dans ce livre destiné au grand public, les auteurs ont tenté d'isoler un type de rêveur jusqu'ici peu étudié.

Après une analyse délicate de la rêverie normale, longue suite d'états qui, par des transitions insensibles, s'étendent de la phase intermédiaire entre le sommeil et l'éveil jusqu'aux moments de concentration intérieure, ils abordent la description des « Rêveurs éveillés » proprement dits. Chez ces sujets, l'essentiel n'est pas le contenu des rêves, ni leur forme, mais le terrain, la constitution mentale : ce sont les schizoïdes de Kretschmer.

Dès l'enfance on peut observer leurs tendances particulières. Borel et Robin, adoptant les vues de Piaget sur la pensée de l'enfant, notent que l'enfant normal ne fait pas tout d'abord de différence entre le plan du réel et le plan de la fiction. Ce n'est qu'en avançant en âge qu'il trouve dans l'expérience les éléments réducteurs à l'aide desquels il contrôlera les produits primitifs de son imagination. Si les éléments réducteurs font défaut, nous avons des rêveurs ; ils marqueront toujours une préférence pour les constructions imaginaires et du détachement pour les réalités extérieures. Le fait initial, c'est moins d'ailleurs les créations imaginatives que la perte de contact avec l'ambiance, à laquelle Bleuler attache tant de prix, et qui entraîne, par une sorte de compensation, la dilection pour le monde

intérieur. On observe, du reste, tous les degrés ; on pourrait dire de la rêverie ce qu'Esopé disait de la langue, qu'elle est la meilleure et la pire des choses. Comme l'écrit M. Delacroix, « elle peut être aussi bien le refuge des faibles que la retraite des forts ». Utilisée par les écrivains et les artistes, elle se transpose parfois en des œuvres belles ou curieuses. Mallarmé, Debussy, les surréalistes contemporains s'en sont de la sorte servis.

Mais cette sublimation ne se réalise que chez des êtres exceptionnels. Pour d'autres, la tendance au rêve, peu à peu envahissante, en arrive à s'exagérer monstrueusement ; l'activité, peu à peu tiraillée par le double jeu qu'il faut mener, la vie réelle d'une part, les créations imaginatives de l'autre, se dissocie. Le sujet s'isole du monde extérieur, finit par l'oublier, et s'absorbe entièrement dans ses chimères. Par échelons successifs, on aboutit à des états d'aliénation mentale confirmés et définitifs, et les auteurs, après avoir cité des observations de Féré et de Janet, rapportent l'histoire, fort intéressante à cet égard, d'une de leurs malades.

Entre les artistes qui transposent la tendance au rêve dans leurs œuvres et les faibles qu'elle pousse à fuir dans la maladie, il existe enfin une troisième catégorie de sujets qui savent en user modestement. Les auteurs nous présentent avec beaucoup de finesse la réhabilitation du rond-de-cuir, de cet « homme moyen » sur lequel Duhamel a porté son observation à la fois pitoyable et amusée. Souvent intelligent et délicat, il accepte sa condition médiocre parce qu'il s'évade sans cesse dans un rêve choisi, et qu'il arrive à faire de son existence un véritable compromis entre le réel et l'imaginaire.

Dans un dernier chapitre, Borel et Robin s'attachent à différencier leurs rêveurs éveillés des imaginatifs décrits par Dupré et Logre. Ceux-ci construisent extemporanément leurs inventions, leur accordent une croyance immédiate, les portent dans la vie, accusent, font de faux témoignages et peuvent, de ce fait, devenir socialement dangereux. Les conceptions imaginaires des rêveurs, au contraire, sont lentes et méditées, ils ne leur donnent qu'une foi limitée ; elles n'ont guère, d'autre part, d'influence directe sur leur conduite ; au lieu d'ajouter à la vie, ils s'en isolent, s'en retranchent. Abstraits de la réalité, ils sont inoffensifs. C'est l'albatros de Baudelaire, que ses ailes empêchent de marcher, et dont s'amuse les hommes d'équipage.

Ce livre, qui ne prétend à être qu'une série de suggestions sur un sujet très vaste, intéressera non seulement les médecins, par l'étude de ces délires de rêverie, sur lesquels Heuyer et Borel avaient déjà, en 1922, attiré l'attention ; il touchera encore les psychologues et les écrivains, car il pose d'une façon un peu nouvelle le problème si souvent discuté des rapports de l'imagination et de la création artistique.

J. DURAND-SALADIN.

## PSYCHOLOGIE

L'imitation chez l'enfant, par Paul GUILLAUME, 1 volume, 235 pages. Félix Alcan, éditeur, 1925.

L'auteur n'a pas borné ses recherches à l'observation et à l'expérimentation de faits d'imitation ; il a surtout voulu en préciser le mécanisme.

A la base des phénomènes considérés il faut d'abord placer les tendances instinctives, l'organisation héréditaire de l'individu et y ajouter des influences accidentelles nombreuses résultant de l'expérience et de l'éducation. Les faits intéressants du développement intellectuel dans la première enfance sont ainsi passés en revue depuis les attitudes, les cris, les expressions émotionnelles très précoces, uniformes, spécifiques, jusqu'à la reproduction perfectionnée des jeux, des gestes et de la parole. La loi d'association tend à développer pleinement l'imitation en conférant aux actes un sens affectif ; au fur et à mesure des progrès naît la conscience d'imiter liée au développement de la notion du moi.

A cette étude se rattache tout naturellement la question des rapports entre les acquisitions accidentelles et les tendances préformées, c'est-à-dire, en somme, la limitation de la notion de l'instinct. « Il n'y a pas, conclut M. Guillaume, d'actes sans racines instinctives ; il n'y en a guère qu'on puisse mettre entièrement à son compte. Ce qui s'offre à notre observation, c'est l'instinct précisé par l'expérience et par la tradition... » Cette notion ne pourra être limitée scientifiquement que par des études comparatives du développement chez un grand nombre d'enfants, appuyées sur des enquêtes sociologiques et les données de la psychologie animale.

P. CARRETTE.



# VARIÉTÉS

---

## MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE

Asiles de la Seine. — Par arrêté ministériel en date du 5 octobre 1925,

M. le D<sup>r</sup> Henri Colin, atteint par la limite d'âge et admis à la retraite le 1<sup>er</sup> octobre 1925, est nommé Médecin en Chef honoraire des asiles d'aliénés de la Seine.

Asile de La Roche-Gandon. — Un poste de Médecin Chef de Service à l'asile public d'aliénés de La Roche-Gandon (Mayenne), est actuellement vacant par suite du décès de M. le Docteur Beaurain.

Asile de Vauclaire. — Un poste d'interne en médecine est vacant à l'asile d'aliénés de Vauclaire, par Montpon-sur-l'Isle, Dordogne. Inscriptions exigées : 8. Traitement : 2.400 francs avec nourriture, logement, chauffage, éclairage et blanchissage.

S'adresser à M. le Docteur Perret, Médecin-Directeur.

## LÉGION D'HONNEUR

Nous apprenons avec le plus grand plaisir la nomination au grade de chevalier de Mme Sollier, née Dubois, docteur en médecine, et nous lui adressons toutes nos félicitations.

## NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre le décès de M. Beaurain, médecin-chef de l'asile de La Roche-Gandon (Mayenne) et celui du D<sup>r</sup> T. Bonhomme, ancien médecin en chef de l'asile du Puy.

Nous adressons à son fils, notre collègue et ami, l'expression de notre vive sympathie.

## SOCIÉTÉ SUISSE DE PSYCHIATRIE

La 69<sup>e</sup> Réunion de la Société suisse de Psychiatrie aura lieu à Berne le 27 et le 28 février 1926.

Des RAPPORTS sur « l'Aphasie » seront présentés par le

professeur K. GOLDSTEIN (de *Frankfort-sur-le-Main*) et le Docteur M. MINKOWSKI (de *Zurich*).

Les communications sur ce sujet doivent être annoncées au Dr L. BINSWANGER, de *Kreuzlingen*, président de la Société Suisse de Psychiatrie avant le 4 janvier 1926 au plus tard. Des communications sur d'autres sujets peuvent également être annoncées, mais elles ne pourront être présentées que lorsque sera terminée la discussion sur l'Aphasie.

### FACULTÉ DE MÉDECINE DE DAMAS

M. le professeur agrégé Jude, du Val-de-Grâce, a été nommé professeur de neuro-psychiatrie à la Faculté de médecine de Damas.

### FONDATION BERGONIÉ

Pour rendre un pieux hommage au grand savant, victime de son dévouement à la Science, les amis et les élèves du Professeur Bergonié ont résolu d'honorer sa mémoire par une manifestation nationale.

A cet effet, ils ont décidé la création d'une Fondation Bergonié, qui a pour but principal l'institution à Bordeaux d'un laboratoire de recherches scientifiques concernant l'électricité et les radiations, et, si les ressources le permettent, le fonctionnement d'une caisse destinée à encourager les travailleurs spécialisés ainsi que d'un fonds de secours pour venir éventuellement en aide aux radiologues victimes des rayons X et du radium.

*Les souscriptions sont reçues chez le Trésorier, M. le Docteur Henri de Rothschild, 6, rue Saint-Philippe-du-Roule.*

### CORRESPONDANCE

Nous avons reçu les lettres suivantes, que nous nous efforçons d'insérer :

MON CHER MAÎTRE,

J'ai lu avec plaisir et très grand intérêt (numéro de juillet dernier) la belle analyse que le Dr Raynier, inspecteur général, a bien voulu faire d'un petit ouvrage que j'ai écrit il y a quelques mois. Je profite de l'occasion pour remercier bien vivement et bien cordialement M. Raynier, dont l'appréciation m'est particulièrement agréable.

Mais je dois répondre ici à deux questions. M. Raynier demande pourquoi j'ai parlé de l'asile de Bailleul, et il semble me tenir pour bien mal renseigné.

M. Raynier m'accuse d'avoir jugé sur des impressions et des apparences la question de l'asile de Bailleul. Là, je dois me disculper et justifier ce que j'ai écrit.

Je savais parfaitement que deux professeurs de Lille, — qui me sont personnellement connus et m'ont fait tenir le projet de reconstruction déjà approuvé, — faisaient partie de la commission de reconstruction de l'asile. Mais on ne peut nier que, *si les médecins attachés à l'ancien établissement avaient été eux aussi consultés, l'asile n'eût pas été reconstruit unisexué, c'est-à-dire avec une tare. Les médecins de l'ancien asile connaissaient bien les besoins de l'établissement : or, trois d'entre eux tout au moins n'ont pas été appelés à connaître les plans avant approbation.* Voilà tout simplement ce que j'ai dit dans mon livre. Consulter deux professeurs de la faculté de Lille était théoriquement bien. Consulter les médecins traitants de l'asile d'avant-guerre eût été pratiquement bien aussi, car eux savaient, en l'occurrence, des choses que les autres ne connaissaient point.

M. Raynier a d'ailleurs bien reconnu la tare en question il y a deux ou trois ans, un jour que nous en causâmes ensemble. C'est lui-même qui m'a fait part, à cette occasion précisément, de son intention d'annexer au futur asile féminin une colonie d'hommes épileptiques non aliénés, en vue de fournir un peu de main-d'œuvre masculine et de réparer, dans la mesure du possible, l'erreur commise et déjà consommée.

Si j'ai pris l'exemple de Bailleul, c'est parce que je connaissais bien cet asile et son esprit, alors que je ne connaissais pas les autres asiles fautifs auxquels M. Raynier fait allusion.

Ceci dit, qu'il me soit permis de remercier à nouveau M. l'Inspecteur général Raynier de sa très intéressante et très profitable critique. Je souhaite que la même erreur ne se renouvelle pas à Armentières.

Veillez agréer, mon cher Maître, avec mes excellents souvenirs, mes bien sincères remerciements et l'assurance de mon respectueux dévouement.

H. DAMAYE.

Paris, le 22 octobre 1925.

MON CHER MAÎTRE,

Un article de MM. Desruelles et Bouvier attire l'attention, dans le dernier numéro des *Annales Médico-Psychologiques*, sur l'intérêt de la vaccination antityphoïdique dans les asiles. A ce propos, je me permets de rappeler qu'au début de 1916 j'ai vacciné, à la suite d'une menace d'épidémie, les malades femmes du service du Dr Lwoff, à l'asile de Ville-Evrard. Le vaccin dont je me suis servi était précisément le vaccin chauffé de Widal qu'a employé M. Desruelles ; on faisait, à cette époque, trois injections à doses croissantes, chacune à une semaine d'intervalle. Les malades ont été sélectionnées conformément aux mêmes règles qu'a suivies M. Desruelles, et je n'ai pas davantage éliminé les paralytiques générales. Sans entrer dans le détail, aujourd'hui inutile, de nos observations, je me bornerai à affirmer et l'utilité d'une telle mesure (aucun cas nouveau de typhoïde n'a été constaté dans le service après la vaccination) et son innocuité chez les aliénées, à une époque même où le vaccin chauffé n'était pas encore entré dans la pratique courante. Les essais faits par M. Desruelles neuf ans plus tard en sont une remarquable confirmation (Le personnel n'avait pas été soumis à la vaccination, mais la date de notre expérience explique assez cette lacune).

Notre travail n'a pas été publié. Il n'enlève donc rien au mérite de MM. Desruelles et Bouvier. Mais il m'a paru de mon devoir, à l'occasion de leur article, de rendre hommage à l'initiative de mon maître M. Lwoff, qui n'a pas hésité à instituer le premier la vaccination antityphoïdique dans un service d'asile, sept ans avant que la méthode fût officiellement préconisée dans les rapports de l'Inspection générale, neuf ans avant qu'une tentative analogue fût renouvelée.

J'ajoute que M. Lwoff avait, dès 1914, vacciné les malades de son service de Maison-Blanche, à l'aide du vaccin sensibilisé de Besredka. Ces essais ont été mentionnés dans son rapport annuel à M. le Préfet de la Seine.

Croyez, mon cher Maître, à mes sentiments les plus respectueux.

Dr René TARGOWLA,  
Chef de Clinique à la Faculté.

---

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Chronique

La légende de Gelduin, fondateur de l'Abbaye de Pont-Levoy, et les psychoses de l'inanition

I

Un érudit Bénédictin, Dom François Chazal, un des plus savants prieurs, qui aient dirigé l'Abbaye et le Collège de Pont-Levoy, au XVIII<sup>e</sup> siècle, fut certainement l'auteur, à en juger par la forme personnelle de son style, d'une histoire de l'Abbaye, plus connue localement sous le nom de *Manuscrit de Dom Chazal* (1).

Dans cette histoire, qui est un composé de divers manuscrits, attribués aux différents prieurs qui se sont succédés dans l'Abbaye, et en forme, en quelque sorte, le registre matriculaire, on voit un passage rela-

(1) Il existait plusieurs exemplaires de ce manuscrit : celui de G. Sarrut, bien probablement l'original, celui de la bibliothèque municipale de Blois, ceux de Laurent, des Montils, de F. Hu et le mjen. Deux d'entre eux ont disparu.

En 1898 l'Abbé Porcher le publia dans la *Revue de Loir-et-Cher* (n° 121 et suiv.) ainsi que le texte du cartulaire, mais ce travail resta inachevé.

tif à une vieille tradition, qui, sur la foi d'auteurs antérieurs, attribuerait à une miraculeuse origine la fondation du monastère.

« J'ai lu, dit Dom Chazal (1), dans plusieurs mémoires, tous assez récents, que Gelduin (2), se trouvant sur mer, dans un péril évident, ayant réclamé la protection de Marie, cette Vierge, par excellence, lui avait apparu, revêtue d'un habit plus blanc que la neige, et que de là il avait pris occasion d'appeler Notre-Dame des Neiges, la chapelle où l'on invoquait l'assistance de Marie ; mais je croirais plutôt que ce nom lui est attaché à cause de la blancheur de la pierre dont est faite son image. Quoi qu'il en soit, Gelduin choisit cette chapelle pour en faire une abbaye où de saints religieux loueraient le Seigneur jour et nuit. »

Un autre texte, cité par Germain Sarrut, directeur et propriétaire du Collège, en 1824, et qui dut aussi l'emprunter à un des originaux, en sa possession, donne une variante analogue :

« On tient communément que la cause de cette fondation fut que ce Gelduin, seigneur d'Amboise, se voyant, en mer, en quelque détroit d'infortune, fit promesse à la Bienheureuse Vierge, que s'il pouvait échapper à ce péril, il ferait bâtir une église et un monastère, en son honneur. On ne trouve, toutefois, rien, par écrit, de cela. »

Gelduin était le fils d'un de ces aventuriers Normands, qui s'était établi à Chaumont sur les bords de la Loire et avait attaché sa fortune à celle des Comtes de Blois, dont il était le vassal.

(1) Histoire de l'Abbaye de N.-D. de Pont-Levoy, Diocèse de Blois, depuis la fondation, en l'an 1034 jusques en l'an 1728.

(2) La famille d'Amboise-Chaumont descendant de Gelduin ou Gilduin par sa fille Denise fut la souche des La Trémouille, d'où par le 2<sup>e</sup> prince de Condé, trisaïeul d'une princesse de Conti, épouse du duc d'Orléans, provint Louis-Philippe I<sup>er</sup> roi des Français. Par les Bourbons et les Comtes de Vendôme, ce même Louis-Philippe descendait également d'une fille de Foulques-Nera.

Par une curieuse coïncidence, le duc d'Orléans, prétendant au Trône de France, serait issu des deux adversaires qui se battirent en 1016 dans la plaine de Pont-Levoy.

Gardien de la ville et du Donjon de Saumur, sans cesse guerroyant contre les Comtes d'Anjou, notamment contre le célèbre Foulques-Néra, il semait l'alarme et l'épouvante, dans la région, où il était connu par son courage et son habileté.

Battu, un jour, à la sanglante bataille de Pont-Levoy, où 6.000 hommes du Comte de Blois, Odo II, restèrent sur le terrain, désarmé et vaincu, par ce même Foulques-Néra, son mortel ennemi, dont jusqu'ici, il avait eu raison, Gelduin se retira confus et humilié dans ses terres de Chaumont et de Pont-Levoy.

La solitude, l'isolement, l'inaction, le regret de la vie d'aventures, joints à la honte de la défaite, à la blessure toujours saignante de son orgueil meurtri, firent rentrer, en lui-même, ce guerrier farouche auquel la bonté et la clémence étaient jusqu'ici inconnues, et dont la férocité proverbiale, disent les chroniques, le faisaient redouter, même du puissant Foulques-Néra, qui, hors des combats, évitait prudemment de longer ses frontières en disant de lui : « *Fugiamus dæmonium salmuriense.* » *Ecartons-nous de ce démon de Saumur !*

Gelduin, se sentait vieillir. Vraisemblablement conseillé par des moines, dont la salutaire influence, réussit à adoucir l'amertume de ses dernières années, le vieil homme d'armes vit se modifier le cours de ses pensées. La haine fit place au remords, dont la hantise lui montrait les maux innombrables et les injustices commises, et ses pensées, jusqu'ici, belliqueuses prirent, peu à peu, une tournure mystique.

Puissamment attaché, maintenant, par les liens de l'Eglise, qui devenait son objectif, suggestionné par les multiples exemples de ceux qui, 30 ans avant, croyant à la fin du monde, espéraient que de pieux projets leur feraient, en expiation de leurs crimes, ouvrir la porte du ciel, Gelduin, voulut à son tour payer sa dette. Des idées monastiques, communes à tant d'autres, alors, germèrent dans sa tête assagie et firent que le château de St-Pierre fut converti en monastère.

La dévotion à la Sainte Vierge inspira surtout cette fondation.

Les préambules de la Charte originale, datée de Chartres le 5<sup>e</sup> jour des ides de juillet 1034, la 3<sup>e</sup> année du règne de Henri I<sup>er</sup>, et conservée aux archives départementales, expriment bien l'état d'âme du donateur.

« En plusieurs endroits des livres sacrés, il est dit que c'est un acte de grande prévoyance pour l'avenir, à un catholique touché d'une componction excitée en lui par la grâce divine, de donner quelque partie de ses possessions à notre sainte mère l'Eglise pour l'exercice du culte sacré. Ainsi donc, moi, Gelduin, chevalier, voué à la profession des armes, fermement convaincu de ces vérités incontestables, afin d'obtenir le pardon de mes péchés et d'obtenir le bonheur éternel, je donne, par ces pieux motifs, à l'Eglise notre mère, pour le bien commun de tous les orthodoxes, une partie de mes possessions, quoique ce ne soit pas aussi considérable que je le devrais. En conséquence, je transmets à perpétuité, librement et aussi absolument que j'en suis reconnu légitime possesseur, aux moines qui y sont appelés pour servir Dieu, les églises que je possède à Pont-Levoy, l'une dédiée à la sainte Vierge, mère de Dieu, l'autre à Saint Pierre, prince des apôtres, dont l'autel est tenu par moi, à titre de vicaire. »

Les circonstances s'opposèrent à l'exécution de ce vœu, qui ne fut pas entièrement exaucé, car d'Ansbert, premier Abbé de Pont-Levoy, au dernier prieur, Dom Marquet qui fut, comme son couvent, atteint par le décret de la Convention sur la confiscation générale des biens ecclésiastiques, en 1791, s'écoula seulement une période de 757 ans.

Il fallait arriver en 1834, à huit siècles de distance, pour que l'apparition de la Vierge à Gelduin acquît un crédit officiel.

Une simple note de l'opuscule de Dupré, sur Pont-Levoy, nous en donne l'explication.

« L'année scolaire 1833-1834 vit l'établissement de l'Académie Pontiléviennne et la fête corrélatrice de Notre-Dame des Blanches. »

L'Abbé Demeuré, ancien proviseur des lycées de Nantes et de Lyon, venait de réorganiser les études du



Collège qui, jusqu'à sa fermeture, en 1905, prenait le nom d'Ecole de Pont-Levoy, et des solennités étaient nécessaires pour lui donner davantage de relief ; l'une d'elles fut la fondation de l'Académie Pontiléviennne, composée des 12 élèves les plus distingués des classes supérieures.

« La blancheur représente mieux que tout autre emblème l'innocence de l'Âge », aussi Notre-Dame des Blanches fut-elle choisie comme patronne de la jeune Académie, comme elle l'était de l'Abbaye et du Collège, et sa fête annuelle fut fixée au 24 mai.

Cette fête religieuse, spéciale à la Chapelle du Collège, et son office, furent autorisés en 1834 par Mgr de Sauzun, évêque de Blois. Elle se compose de la messe, des vêpres, et d'une procession à la chapelle de Notre-Dame des Blanches, où était la petite statue. Elle fut toujours, depuis, célébrée à cette date, avec les pompes religieuses, avec celles des lettres et des arts et un festin fastueux, qui, lui aussi, était de tradition.

La statuette, d'une sculpture grossière et massive, « ornait primitivement la chapelle de la Vierge, mais lorsqu'au cours du XVII<sup>e</sup> siècle cette chapelle fut restaurée dans le style de l'époque, on remplaça ce petit ex-voto par une statue plus haute et mieux en rapport avec la nouvelle décoration ; depuis ce temps, l'ex-voto demeura retiré dans la sacristie, où il eut le bonheur d'échapper aux attentats de la Révolution ; ceux qui vinrent enlever l'or et l'argent de l'église, ne firent aucune attention à cette pierre ébauchée ; son isolement la sauva des mains qui brisèrent les statues apparentes de Saint Benoist et de Saint Maur. » [Dupré].

A l'époque de la fête inaugurale, l'image romane fut changée de place, comme le prouve le document suivant ; elle fut placée du côté gauche de la chapelle de la Vierge, et en dessous se lisait cette inscription, composée à ce moment :

« Vers l'an 1034, cette statue fut érigée en l'honneur de Notre-Dame des Blanches par Gelduin, fondateur de cette abbaye, comme monument de sa reconnaissance pour la mère de Dieu, qui l'avait miraculeusement secouru sur mer, au milieu d'une tempête. »

Elle est maintenant près du vitrail qui est entre la chapelle de Notre-Dame des Blanches et celle de Saint Nicolas ; son inscription, probablement enlevée lors de la réfection des verrières, en 1875, n'existe plus.

L'abbé Pascal, l'aumônier du collège, composa même, pour l'office du jour, une prose et une hymne qui rappellent l'aventure miraculeuse ; dans la prose, on remarque ces deux strophes :

« Gelduin touche enfin au rivage, mais il n'oubliera pas, au sein du calme, les vœux qu'il a faits au sein de la tempête ; il les remplira. »

« Il ordonne qu'on élève ce temple, pour que Marie y reçoive à perpétuité l'hommage de sa gratitude et qu'un cantique de louanges célèbre à jamais la Reine des Vierges. »

Dupré relève, à ce sujet, une erreur historique, car Gelduin ne fit bâtir aucune église, il conserva, disent les chartes de fondation, celle qui existait avant lui et fut brûlée en 1263.

D'autre part, la légende n'est mentionnée ni dans les chartes de fondation, ni dans les ouvrages imprimés des Bénédictins, le préambule de l'ordonnance épiscopale de 1834 affirme que c'est une tradition conservée dans la maison ; en effet, dit Dupré, elle s'étend peu au dehors, et elle a pu se perdre dans le peuple, depuis l'enlèvement de l'ex-voto au xvii<sup>e</sup> siècle.

Les Bénédictins de Pont-Levoy ne célébraient aucune fête à ce sujet ; leur autel de Notre-Dame des Blanches était seulement privilégié pour les messes mortuaires, suivant une bulle du pape Alexandre VII, mais la bulle n'énonce que le titre Notre-Dame des Blanches (*Sacellum Beatæ Mariæ, in Albis*), sans exprimer s'il était ancien ou nouveau, s'il résultait d'une circonstance miraculeuse, comme l'apparition de la Vierge avec des vêtements plus blancs que la neige, souvenir qui, d'après Laurentie, fut le prétexte du patronage, ou d'un fait naturel, par exemple, comme le veut une vieille chronique citée par Germain Sarrut, d'après Dom Chazal, de la blancheur même de la pierre employée par le statuaire.

Cette seconde explication, moins poétique, serait plus rationnelle, car à Selles-sur-Cher (Loir-et-Cher), la vierge est honorée sous le vocable de Notre-Dame la Blanche; à Paris, elle devient Notre-Dame des Blancs-Manteaux, et l'appellation de Notre-Dame du Blanc-Ménil, dans le diocèse de Versailles, indique également une idée de blancheur, peut-être commune à la statue et au village.

En 1875, l'idée de l'apparation se concrétisait, berçant notre jeunesse, comme elle fit de celle de nos devanciers de 1834. Elle revêtait la forme d'un guerrier ancien, debout dans un frêle esquif, balancé sur une mer agitée et qui invoquait une vierge blanche se détachant sur un ciel orageux; ainsi la représente la verrière médiane de la nef principale de la chapelle.

On continua, par habitude, à accepter la tradition, car une tradition ne se discute jamais.

Même, un des maîtres de l'Ecole, d'une foi des plus orthodoxes, mais prudente, écrivait-il en parlant de l'Etoile qui brille au-dessus des armes de Pont-Levoy, « qui en rappelle une autre que l'Eglise a nommée l'Etoile de la Mer. J'aime à y reconnaître celle que *Gelduin, en danger de naufrage, crut voir sous la forme d'une céleste apparition éclatante de blancheur*, celle qui, depuis, guida la marche de notre humble esquif, à travers les écueils et à travers les siècles. C'est toi Notre-Dame des Blanches ! »

## II

Nous aurions tort, en effet, d'infirmer la bonne foi de Gelduin, qui crut, en effet, voir une apparition.

Les hallucinations sont des faits purement subjectifs dont on ne peut nier l'existence chez ceux qui en furent sujets. C'est un phénomène plus ou moins complexe, dont il nous reste à expliquer le mécanisme.

Si on s'en rapporte au texte purement littéral, où il est question du séjour de Gelduin sur la mer, on remarquera qu'il ne s'agit nullement de tempête,

« Gelduin se trouvant sur mer, dans un péril évident... »

« Se voyant, en mer, en quelque détroit d'infortune... », lit-on ailleurs, pouvait, aussi bien, pour une raison quelconque, être devenu le jouet des flots, et avoir été privé de vivres pendant un temps indéterminé.

Si on accepte cette hypothèse plausible, le surnaturel disparaît pour faire place à la psychiatrie.

Régis, puis Toupet et Lebret nous ont documenté sur les délires d'inanition qui, avant eux, avaient été rarement observés.

Connus seulement par la thèse de Savigny, un des naufragés du radeau de *la Méduse*, médecin du bord, plus tard par l'auto-observation du D<sup>r</sup> Maire, médecin d'un bateau également perdu, *la Ville de St-Nazaire*, et dont la double compétence de naufragé et d'ancien interne des Asiles d'aliénés donne plus de poids à son analyse, puis par les recherches de Becquet (1868), ces troubles psychiques de l'inanition ont, depuis, sollicité l'attention de nouveaux auteurs.

Les travaux de Chossat, de Monti sur l'altération des éléments anatomiques du système nerveux dans l'inanition (1895), de Mathieu et Roux (1905), de Weygandt, de Lassignardie (1897) ont largement éclairé la question.

C'est à Lassignardie surtout qu'on doit la meilleure étude sur les troubles psychiques observés dans l'abstinence.

Ceux-ci sont de deux ordres, soit qu'ils proviennent d'abstinents volontaires, comme les grands mystiques, les grands jeûneurs, soit qu'ils aient été remarqués chez des abstinents involontaires, comme les naufragés, ou des ensevelis par suite d'accidents de mines ou autres.

Les observations de Savigny et de Maire viennent à l'appui des conclusions de Lassignardie, qui tendent à assimiler les troubles psychiques de l'inanition à ceux des intoxiqués.

Les phénomènes observés commencent par une angoisse passagère et fugace, puis continuent par de l'exaltation, de la lucidité de la mémoire, de l'excitation de l'imagination.

Le caractère se modifie ; l'égoïsme et la méfiance sont la règle ; l'irritabilité est excessive.

Les rêves pénibles et les cauchemars hantent le sommeil. A l'obnubilation intellectuelle fait suite la confusion mentale. C'est la période d'aboulie, de torpeur, de stupidité, de délire constant.

Aux illusions de l'état de veille ont succédé des crises d'hallucinations terrifiantes et des impulsivités graves et même dangereuses, allant jusqu'à la folie, la mort ou le suicide. Ainsi, 7 naufragés de *la Ville de Saint-Nazaire* moururent fous.

Tantôt ces hallucinations, si bien étudiées par Savigny et Maire, offrent un caractère fantasmagorique d'image extatique, comme celles des mystiques, tantôt une forme terrifiante.

Dans le premier cas, le sujet voit des habitations, au séjour agréable, des festins magnifiques, des mets qui lui semblent exquis, des décors enchanteurs où on rencontre des femmes de toute beauté, ou bien encore ce sont des tableaux qui représentent le ciel avec des personnages célestes, gravitant dans l'espace.

Dans le second, ce sont des combats, des batailles, des scènes de meurtre, des apparitions de fantômes, des démons tentateurs, des brigands égorgeurs.

Les hallucinations peuvent être aussi auditives, mais plus rarement. Il est perçu des chuchotements à voix basse et même des voix célestes.

Si le sujet conserve encore sa raison, il se rend compte qu'il est le jouet de visions chimériques qu'il peut à volonté provoquer en concentrant son imagination, mais si par malheur il se complaît dans leur contemplation, il les subit par aboulie et devient leur victime, sans pouvoir les éloigner.

Le capitaine Nicolaï, de *la Ville de Saint-Nazaire*, parle d'un de ses hommes « qui, se croyant au théâtre, contemplait un ballet et envoyait des baisers aux danseuses ». Il se demande également « par quels moyens les nuages affectaient des formes féminines, car il voyait distinctement dans le ciel « une femme qui lui tendait les bras et qui était belle. »

La vision tantalesque des mets se produit comme dans les maladies, ainsi que se déroule comme chez les mourants la vision panoramique des lieux, des objets et des événements jadis vécus.

Le mirage du sauvetage peut être propre à un seul individu ou devenir simultanément commun à plusieurs, comme ce fut constaté chez les naufragés de *la Méduse* et chez ceux de *la Ville de Saint-Nazaire*.

De même que dans l'intoxication par le haschich, certains perçoivent le phénomène de la lévitation. Avec une sensation tout éthérée, il leur semble que l'âme se sépare du corps pour s'élever dans les airs, et il se produit un dédoublement de la personnalité.

Tous ces phénomènes, quand ils sont légers, disparaissent sans laisser de traces ni de souvenir, mais si ces troubles sont plus profonds, il reste de l'amnésie plus ou moins complète et de la dépression mentale.

Chez Savigny, l'asthénie psychique dura deux ans.

Devant cette similitude de faits, on est porté à croire que les délires d'inanition des maladies, produits par autophagie et auto-intoxication de l'organisme ne diffèrent pas sensiblement de ceux des jeûneurs souffrant des mêmes phénomènes. On en arrive à considérer les troubles mentaux de ces derniers comme le fait d'une auto-intoxication plus ou moins grave.

Dans les premiers rentrent les deux cas suivants, qui me sont personnels. L'un d'eux provient d'un souvenir d'enfance que j'ai entendu, maintes fois, rappeler péniblement par mes parents. J'ai recueilli l'autre chez une hystérique, valétudinaire toute sa vie, et morte, depuis, cardiaque et presque centenaire.

Tous deux confirment mon impression à ce sujet.

Je perdis à l'âge de 15 ans un jeune frère de quelques années plus âgé que moi.

Un jour, ma mère le trouve, en larmes, et il lui répond, heureux :

« J'étais sur un grand bateau tout blanc, qui était plein de fleurs blanches avec des lumières tout autour. On entendait chanter ; il y avait de la musique... depuis combien de temps... je ne sais pas... j'étais content. »

L'extase était précise. L'enfant, qui depuis de longs mois vivait sur lui-même, s'éteignait quelques jours après... pour aller dans la nef blanche et lumineuse qu'il avait entrevue et dont les harmonies avaient endormi sa souffrance.

Chez l'autre malade, les troubles prenaient une forme plus bruyante. Inanitiée par un jeûne prolongé à la suite d'une affection intestinale chronique, elle assistait terrifiée à une scène d'accouchement, « demandant des ciseaux, du fil et une cuvette, pour le sang ».

D'autres fois, elle entendait venir de loin une procession dont les chants étaient couverts par les cris discordants d'une bande de démons. Des instruments de musique militaire augmentaient encore cette cacophonie. La procession se changeait parfois en enterrement, mais, de toute façon, cette foule hurlante se précipitait chez elle et traversait sa chambre.

En résumé, pour en revenir à notre sujet, comme aucun texte, ni aucun fait précis ne peut nous aider à solutionner la question, en nous basant également sur ce fait que les Bénédictins, hommes d'un jugement profond, n'éprouvèrent jamais, pendant près de 800 ans, le besoin d'élever cette apparition à la hauteur d'un dogme, on se demande si le rapide acte de foi, qui traversa comme un éclair, la vie orageuse de Gelduin n'est pas intimement liée à l'existence d'un simple accident fortuit, suivi de conséquences pathologiques et dont le terme, après une lente incubation, peut être doucement amenée, fut la fondation du monastère de Pont-Levoy.

Petite cause et grands effets ! La psychose du vaillant Nordique nous valut une Abbaye dont l'histoire est une page de celle de la France et un monument dont l'architecture laisse le souvenir apprécié d'une de nos belles périodes classiques.

D<sup>r</sup> François HOUSSAY.

---

## Documents Cliniques

---

### Données psychanalytiques chez un épileptique

Par MM. André GILLES et René CARRIAT

---

Le cas dont nous allons relater les particularités ne se présente au premier abord que sous les apparences banales de l'épilepsie. Mais, sous ce premier aspect, l'observation nous amène à constater, antérieur à l'apparition des crises, un état psychique morbide, où notre malade se révèle être foncièrement un anxieux.

Nous savons déjà les interférences de l'épilepsie et de l'anxiété, aussi, le point qui nous arrête à l'analyse de ce cas n'est-il autre que la qualité même de cette anxiété. Nous allons voir qu'elle revêt, en l'espèce, un caractère d'érotisme original. En effet, notre sujet est atteint d'une difformité congénitale, un pied bot, et, si, superficiellement, le cas semble se limiter aux seuls accidents convulsifs et à leurs séquelles, et, si encore, par l'attitude que lui impose et sa volonté et la nécessité de sa formation sociale, notre malade semble dégagé de toute préoccupation sexuelle, nous pouvons pressentir cependant que les conflits latents d'aspirations amoureuses plus ou moins conscients se heurtant à l'obstacle de cette disgrâce physique, auront préparé le terrain où devaient éclore les manifestations comitiales, sinon dans son entier, du moins par ses côtés psychogénétiques. Or, un accès confusionnel post-paroxystique jouant ici le rôle d'une psychanalyse spontanée, nous découvrons dans les intimités du subconscient de notre malade le désordre essentiel de la libido.

Et il nous a paru intéressant de voir, dans ce cas,



qui n'était par ses apparences qu'épilepsie, émerger ces données morbides particulières qu'a décrites l'Ecole de Freud : œdipisme, refoulement sexuel et symbolisme, la revanche du subconscient se libérant des entraves de la censure dans l'état onirique post-paroxystique. Tout le cortège freudien, que nous n'attendions pas, va ainsi apparaître à l'occasion de l'accès confusionnel, alors que dans l'intervalle des crises, ce désordre électif du subconscient affleure sous la forme d'une transposition morbide généralisatrice, pour aboutir à l'aspect d'une anxiété diffuse.

Sexualisme morbide, anxiété diffuse, épilepsie, chacun y apportant ses nuances, quels sont les rapports de ces divers éléments morbides dans le tableau clinique ? Il devient ainsi particulièrement complexe.

Auquel de ces trois facteurs devons-nous donc accorder la prévalence ? Lequel devons-nous accuser de la responsabilité du désordre actuel et quel est, pour les autres, le degré de complicité ? Allons-nous pouvoir assigner à des phénomènes convulsifs une place dans le cadre du sexualisme morbide ? ou du moins attribuer aux accès convulsifs une détermination psychogénétique de cet ordre ? Nous allons demander à l'analyse d'en juger.

Nous réservons dès ces préliminaires la part qui revient aux faits d'hérédité qu'illustre la difformité congénitale et aussi aux troubles biologiques inclus dans la constatation même de certains symptômes psychiques.

Mais nous limiterons toutefois notre étude à la recherche des côtés psychologiques, puisque c'est bien encore en eux que résident les seuls aspects originaux du cas.

« M. E..., âgé de 40 ans, instituteur, est amené dans  
« notre service en novembre 1923. Le certificat  
« d'admission nous dit : « qu'il est atteint d'épilepsie  
« depuis l'âge de 17 ans. La fréquence des attaques,  
« leur gravité et l'affaiblissement intellectuel qui en  
« est enfin résulté l'ont mis dans l'impossibilité de  
« continuer ses fonctions, qu'il a dû résilier en mars

« 1923. Cet affaiblissement intellectuel progressif  
 « s'accompagne de crises de dépression mélanco-  
 « lique et aussi de légères manifestations impulsives,  
 « menaces sans conséquences graves, absences et  
 « fugues ».

En effet, au moment de son admission, nous constatons chez ce malade des crises épileptiques nettement caractérisées, suivies de périodes confusionnelles. Dans l'intervalle, nous notons un certain degré de bradyphrénie qui, joint à la fréquence des crises, justifie l'incapacité professionnelle.

L'examen biologique ne nous révèle, pas plus que les premières analyses psychologiques, rien que l'on ne rencontre habituellement chez ce genre de malade. Dans son passé, aucune maladie grave. Il est né le sixième d'une famille de sept enfants au sujet desquels nous n'avons rien à retenir au point de vue pathologique, non plus d'ailleurs qu'à celui des parents. Jusqu'ici la banalité du cas est entière.

Pourtant, seul parmi les autres enfants de cette famille, E... fut atteint à sa naissance d'une tare morbide. Il boîte, car il est affligé d'un pied bot ; celui-ci se complique d'un allux valgus du gros orteil et de l'atrophie du membre inférieur intéressé. Ces difformités qui l'ont condamné à subir un traitement orthopédique sous forme de plâtres et d'appareils, jusqu'à sa vingtième année, ont fait peser sur son enfance la misère de ne pouvoir jouer comme les autres enfants. Puis, adolescent, au cours d'un de ses premiers accès convulsifs, il fait une chute sur le visage et son nez devient informe. Taré par le haut mal, abîmé par l'écrasement de son nez, contrefait, laid et atteint d'un mal inquiétant, E... n'est pas de ceux qui plaisent aux filles et sa jeunesse doit en souffrir.

Et cependant, E... se redresse contre sa malchance. Son aspect est soigné, de cette correction méticuleuse de l'épileptique. Il en a aussi la politesse et cette réserve qu'avive peut-être la susceptibilité de celui qu'une disgrâce voue aux déceptions et aux peines. E... trouve un dérivatif dans le travail, il passe son

brevet et se donne en entier à l'activité professionnelle. E... y fixe un besoin d'idéal par où il trompe le sentiment d'incomplétude qui l'angoisse : il se grandit son métier à l'image d'un apostolat.

Il s'est fait ainsi un masque de placidité résignée dont la dignité corrige les méfaits de ses tares. Sa vie est celle d'un parfait honnête homme. E... habite un village où il exerce régulièrement son métier d'instituteur en dépit de ses crises convulsives qui arrivent fréquemment le matin à cinq heures au moment où il prépare son cours. Bien que célibataire, il mène une existence familiale, logeant chez un de ses frères lui-même instituteur.

Or, un mois environ après son entrée dans le service, à la suite d'une série d'accès convulsifs, E... entre dans une période confusionnelle, au cours de laquelle l'onirisme délirant nous révèle que son subconscient subit l'emprise d'une libido exaspérée. De celle-ci, la révolte et la souffrance nous apparaissent sous le refoulement d'une censure dont les sévérités se renforcent d'impossibilités presque physiques, puisque les tendances sexuelles se heurtent ici à une déception en quelque sorte préliminaire, la honte d'une difformité.

En effet, ce délire nous livrait l'aveu de hantises érotiques, émergeant comme le rappel d'un leit-motiv, parmi des propos incohérents. Ce délire disait :

« Je vois ma mère, elle couvre le sol. Lorsque  
 « j'étais jeune et qu'elle repassait le linge, elle couvrait  
 « la table de son fer. Le fer couvrait toute la table.  
 « Puis elle s'est accroupie et elle a couvert le sol de  
 « son derrière. Elle montrait le signe... Le signe de la  
 « femme est un Y... Elle montrait son derrière et un  
 « autre instituteur l'a vu. Peut-être a-t-il vu le signe ?  
 « Trompait-elle mon père avec lui ? Cela faisait une  
 « soustraction... Une soustraction au tableau noir a  
 « un sens sexuel... Vous aussi vous avez le signe. Le  
 « signe de la femme est inscrit sur la figure de  
 « l'homme. Le nez et les sourcils font l'Y... L'Y c'est  
 « le pli des cuisses ».

Notons au passage, le curieux de ce symbolisme dont il trouve lui-même certaines interprétations et qui emprunte à la formation professionnelle des inspirations alphabétiques et arithmétiques. Il nous sera donné plus tard de constater d'autres interprétations symboliques sous couvert de tableaux éducatifs.

Toujours est-il que, devant ces aveux, la présence de déterminantes sexuelles à fixation parentale se confirmait et que la prévalence de ce thème érotique sur les autres éléments délirants nous indiquait que l'étendue du phénomène dépassait les limites des manifestations convulsives. Nous avons obtenu, en somme, les renseignements d'une psychanalyse spontanée.

L'accès confusionnel dura une semaine. Lorsque le malade revint à l'état de conscience, il avait perdu la mémoire de ces évocations érotiques. Il apparaissait au contraire pudique et réfractaire au rappel de ces souvenirs. Il se dérobaît par l'excuse de la fatigue intellectuelle pour refuser de nous relater ses rêves, accepter la recherche des tests d'association, ou même pour éluder l'interrogatoire, lorsqu'il devenait pressant. La censure avait repris toute son autorité. Mais un côté nouveau nous était révélé du caractère du malade : l'anxiété.

En effet, à ce moment, E... est en proie à des accès d'agitation anxieuse, s'alimente mal, dort peu, erre dans le pensionnat, inquiet et préoccupé. Nous relisons le certificat d'internement et voyons qu'il mentionne déjà des périodes de « dépression mélancolique ». Nous apprenons qu'elles s'accompagnent d'agitation anxieuse. Puis, nous savons alors par la famille que E... a toujours eu un caractère « inquiet » et que sous ses apparences placides, c'est un « nerveux » et que, récemment encore, la recrudescence des symptômes convulsifs qui l'a fait amener à l'Asile, a été précédée d'un paroxysme d'anxiété consécutif au choc émotionnel qu'a déterminé la résiliation de ses fonctions.

Au-dessous du voile bradyphrénique, transperçant sous le couvert de l'attitude et du caractère propre à l'épileptique, nous découvrons donc alors un trou-

ble plus profond de l'affectivité, une névrose d'angoisse. S'il est possible que leur justification biologique soit identique, il y a donc à côté de l'épilepsie, des phénomènes d'une série différente tant par leur expression que par leurs retentissements psycho-organiques.

Mais, plus profondément encore, nous voyons le trouble psycho-organique émaner du désordre de l'instinct sexuel lui-même et ceci sous la forme d'une émotivité élective aux évocations parentales.

Quelques semaines après la période délirante que nous avons relatée et au bout de cette phase anxieuse, E... subit en série trois crises convulsives. Leur caractère épileptique est net. Il n'y a pas de suite confusionnelle, mais simple torpeur.

Nous reprenons l'interrogatoire dans le sens des indications psychanalytiques, interrogatoire pénible, dont les aveux ne s'arrachent que par bribes au début, mais qui nous fournissent enfin la connaissance de son fond psychologique.

Voici cette confession, dont la simplicité a le mérite de la clarté.

...« Je rêve souvent aussi de femmes... Je n'ai jamais osé faire de grossièretés ou de propositions à une femme par respect, mais aussi plutôt par timidité, à cause de ma jambe maigre et de mon pied difforme... J'ai toujours été timide avec les femmes. Habituellement je pensais beaucoup aux femmes. J'en rêvais des fois. Je rêvais ce que l'on rêve quand on est jeune : J'aurais été couché avec une femme, elle aurait été ma maîtresse. A ce moment, habituellement, « je versais ». Mais alors je m'éveillais tout honteux de moi-même... Je n'ai jamais couché avec la femme, c'est par rêve que je l'ai connue (1). Je n'ai jamais couché

(1) Il s'agirait donc là, aux dires du sujet, par ce rêve, d'une exacte « révélation » des réalités amoureuses. Peut-être n'est-ce là que rappel de scènes jadis furtivement entrevues ? Mais aussi, dans son excellent ouvrage sur « la Psychanalyse et les Névroses », R. Lafforquie semblerait accepter la possibilité de telles intuitions lorsqu'il assure que le conscient peut se tromper en ces matières « alors que l'instinct sent bien les relations véritables des choses ».

avec une femme et cela est le comble... A l'école normale, de 17 à 20 ans, l'excitation des camarades me troublait. Lorsqu'ils parlaient de bals et de leurs maîtresses, je me sauvais. Et puis, souvent après, je me masturbais. Je me cachais honteusement et même dans les cabinets d'aisance parce que nos draps étaient inspectés tous les matins par l'économe et par le professeur surveillant... »

...« Je ne sais pas ce que c'est que la femme, mais je sais ce que c'est que le sexe et son signe. » — D. : « Quel signe ? » — R. : « Je ne sais pas. » — D. : « Cherchez bien, n'est-ce pas l'Y ? » — « Non, je ne sais pas... »

...« Je me suis masturbé. J'ai promis à ma sortie de l'Ecole Normale de n'en rien dire. J'ai promis à un homme de tout oublier, la femme et même son signe écrit... »

...« Je n'ai pas couché avec une femme parce que je n'ai pas pu. De coucher avec une femme cela m'aurait dégoûté... parce que je n'étais pas comme les autres... il y avait toujours mon pied mal fait et ma jambe plus maigre, toute atrophiée. »

...« Je ne pouvais pas rester sans distraction, sans travail, sinon je pensais à la femme et la congestion se déclarait. Je n'ai jamais fait d'excès, ni boisson, ni jeu. J'avais une conduite exemplaire parce que mon poste était difficile et rude à cause de la lutte cléricale. Je m'acharnais à défendre mon école et ne voulais pas prêter à redire. Je me suis livré à l'étude, à la musique, au dessin ; j'ai aidé à créer des œuvres post-scolaires, cours d'adultes, société de tir. Mais, je suis resté seul longtemps à mon poste en butte aux attaques »...

...« J'ai toujours respecté les femmes pour trois causes : honorabilité, timidité, difformité. Je n'ai jamais fait de propositions à une femme parce que je respectais trop la femme... Je voyais dans la femme ma mère, ma sœur, mes belles-sœurs et je ne voulais pas en déshonorer aucune. Pourtant dans mes rêves j'ai vu ces femmes couvrant le sol de leur derrière...

...« Je me suis toujours vu trop laid de corps à cause de ma difformité de pied, de visage, parce que je ne suis pas beau. Puis, je voulais aussi conserver la bonne renommée. Je poussais les jeunes gens à l'amusement mais pas au vice »...

...« Pour moi, je n'aurais jamais pu obtenir une épouse... Je me suis toujours figuré que je suis trop laid. A la fin, je me disais, je suis malade, donc je dois rester célibataire... J'insistais sur ma maladie pour me consoler. »

...« J'ai toujours eu peur de ne pas bien me conduire et je m'étais voué à l'enseignement laïque pour le faire triompher »... « Depuis que je suis dans l'enseignement j'essaye de chasser l'idée de la femme et je ne me suis plus jamais masturbé »...

...« Après ma sortie de l'école, un ami m'a conseillé d'aller dans une maison de tolérance. Il m'avait cité une famille qui avait conduit un fils épileptique dans une maison de tolérance à plusieurs reprises et qui n'eut plus jamais d'attaques... Il me disait que mes troubles nerveux se guériraient si je voyais les femmes. J'ai refusé... Je lui ai avoué, une autre fois, que j'avais souvent des rêves de femmes ; je lui ai tout confessé. Il m'a dit : « Si tu es atteint de ces troubles et si tu as de telles idées, il ne faut pas te marier, tu aurais des enfants plus malades que toi. Il ne faut pas te mettre dans le cas de faire des enfants. » J'ai juré »...

...« Une proposition de mariage m'a été faite, j'ai refusé... j'ai refusé pour tenir mon serment et puis par timidité à cause de ma difformité. J'ai juré d'oublier même le signe de la femme (1) »...

...« Un jour que je me baignais à la rivière, quand j'étais jeune, une femme qui savait nager est venue à mon côté. Je n'avais vu de femmes nues que dans les livres. D'abord la vue de cette femme m'a été agréable...

---

(1) Dans cette période E..., malgré nos sollicitations, ne précise pas ce qu'il entend par le « signe » de la femme alors qu'il l'avait défini dans la période confusionnelle. A l'état conscient E... ignore même avoir jamais parlé d'un signe.

Elle était bien faite... Sous le maillot, on voyait son sein, son bassin, ses mollets bien dessinés. C'était une belle femme. On voyait le bas-ventre même se dessinant un peu... Puis j'ai eu honte et je suis rentré précipitamment dans l'eau pour cacher ma difformité... Cette femme était beaucoup plus âgée que moi. J'ai souvent ce souvenir. Elle aurait été d'âge à être ma mère. Ce souvenir me revient lorsque je pense à la femme. Parfois il est agréable, souvent il est pénible. Depuis ce jour, j'ai peur de déshonorer les femmes et même à ma sœur et à mes belles-sœurs je leur dis « vous »...

Nous nous arrêterons là de reproduire l'observation, car nous pensons avoir déjà trouvé assez de détails caractéristiques.

En effet, malgré que cette relation soit décousue, en partie à cause de la fatigue intellectuelle du malade et à cause de sa gêne et de sa pudeur, en partie aussi du fait que la culture primaire ne conduit peut-être pas à l'introspection, les termes cependant nous en paraissent assez explicites pour justifier la genèse psychanalytique de son anxiété.

Certes, l'érotisme, en apport ou même comme détermination, est un fait de constatation banale dans les psychoses. Mais, ici, l'expression des troubles se fait bien suivant ces modalités spéciales décrites par Freud et ceci avec tout le cortège, nécessaire à l'apparat de l'Ecole viennoise, de refoulement, de censure, de symbolisme. Il ne s'agit pas là de propos érotiques, il s'agit des manifestations de la souffrance de la libido. Voilà qui écarte la similitude avec les formes ordinaires et plus superficielles de l'érotisme.

Certes, encore, des malades sont venus nous trouver, mais qui se réclamaient de la confession psychanalytique et peut-être, ce fait même nous les rendait-il suspects, parce que, *à priori*, éduqués, et trop savants des détails de l'édifice freudien. Nous nous rappelons ainsi un jeune homme que sa profession vouait à l'étude des systématisations psychologiques, dont certaines avaient pu se montrer trop suggestives, sans



doute. Ici, la psychanalyse pouvait sentir l'artifice et celui-ci guérit, je le crois, plus encore que par le transfert et la sublimation, par les moyens usuels du repos, bains, calomel et sédatifs. Ailleurs encore, c'était une dame que troublaient vraisemblablement les regrets de la ménopause; en plus, un goût marqué pour ces jeunes littératures, assez fantasques et qu'inspirent des états de conscience pour le moins paraliminaires, la livrait sans défense aux maléfices qui rôdent dans les parages crépusculaires de l'âme. Mais, ici, la souffrance de la libido semblait beaucoup moins relever d'un traumatisme infantile et des meurtrissures émotionnelles du refoulement que d'un accident, sinon provoqué par malice, du moins incontestablement acquis et entretenu. Il était, en tous cas, si complaisamment extériorisé qu'il niait toute intervention d'une censure.

Mais, voici notre malade, qui est instituteur et qui n'a jamais rien lu des doctrines qu'a pu susciter l'étude de la libido et qui ignore même leur existence. Voici cet homme dont la confession exprime la simplicité intellectuelle et même la candeur sexuelle, alors qu'une certaine inclination physiologique le pousse aux dérivations motrices et à l'activité plus qu'à la méditation. Cet homme donc nous paraît sincère dans l'expression de ses troubles et nous paraît justiciable de l'interprétation psychanalytique.

En somme, nous voyons un enfant que sa difformité rend timide, qui se réfugie auprès de sa mère et qui lui voue une tendresse qu'exalte une sensibilité avivée par la misère d'être malingre. Cette tendresse se sexualise inconsciemment avec l'âge (1). Puis, la phénoménalisation sexualiste s'affirme dans l'évocation du rêve érotique et jaloux où la mère devient la femme. Plus tard, dans l'adolescence le souvenir de ce trauma-

---

(1) Nous nous en tenons en effet à cette position moyenne que la sensualité infantile est primitivement, plutôt que sexuelle ou ingénument asexuelle, tout simplement globale et indifférenciée. Si son expérience veut, parmi d'autres sensations agréables, s'arrêter à certaines curiosités d'ordre génital, n'est-ce pas en raison d'une sorte d'hédonisme naturel et plus général que la recherche sexuelle.

tisme émerge du subconscient pour se transposer et s'amalgamer à la hantise d'une vision lucide : la femme plus âgée qui se baigne à ses côtés. Mais cette vision, plus tard réévoquée et refoulée, s'inscrit à son tour, avec un accent d'émotivité morbide, au subconscient, nouvel apport érotique qui va grossir le noyau puéril et se fond à lui dans le rappel de tendresses parentales pour se traduire, en réaction consciente, dans cette exagération antagoniste par laquelle il décide de dire « vous » à ses sœurs même. Mais le conscient, qui dans sa lutte grossit la rage de ces démons de la libido, les refoule dans la pénombre, il ne veut même pas entrevoir leurs menaces, car E... ne veut, par pudeur, connaître de son mal que l'épilepsie. Il l'accueille, ce mal que l'on cache, car en lui-même il y trouve l'excuse de l'horreur que lui imposent ses rêves. Ces conflits entre l'âme claire et l'âme obscure, ce désaccord entre les deux faces de son être psychique, et ce leurre inconscient, qui ajoute encore au trouble, justifient l'anxiété foncière qui règne dans la sphère psycho-organique et domine son affectivité et son émotivité.

Au point de vue intellectuel et sentimental, E... traîne à son pied difforme, comme un boulet, une interdiction sexuelle. Pour ce faire, il transforme ce qui n'était qu'une diminution de ses chances amoureuses en une interdiction. Puis, alors, couvrant ce qui lui était apparu comme nécessité sous les acceptations glorieuses d'un sacrifice, il se voue au célibat sur les autels de la dégénérescence. Ce malade, qui apparaît dans ce geste comme un interprétant, se montre par ailleurs un suggestible, mais qui accepte par l'effet d'une bonne volonté préalable les ascendants de dignité. Ils lui constituent, en sorte, des attitudes sociales et morales irréprochables, où la censure puisera de nouvelles rigueurs. Mais cette discordance entre un conscient qui s'efforce à la pureté intellectuelle et les sollicitations morbides de l'onirisme, sujet de la libido, aboutissent à cette anxiété latente qui s'exalte en paroxysmes, parfois eux-mêmes matés et

qui vont grossir le flux des tendances refoulées, mais qui, d'autres fois, préparent l'éclosion des accidents convulsifs.

Nous voyons encore, à l'essence de ce cas psychologique que, la tare physique, par sa représentation subjective, qu'exagère un paralogisme, détermine la qualité du conflit anxieux; à la fois sous ses deux phases : agressivité de la libido par le désir de s'affirmer malgré la disgrâce et la laideur, et d'autre part, renforcement de la censure par honte et pudeur de cette même disgrâce, entraînant, en conséquence, l'acceptation de la répression, comme nécessité inéluctable.

Et, il est intéressant, alors, en analysant le jeu de cette censure, de la voir agir sous ses multiples formes.

D'abord, censure banale : répression par obligations aux convenances sociales, à l'éducation, au milieu. Mais, encore, censure spécifique : incluse dans la timidité méfiante de l'épileptique, dans sa susceptibilité vaniteuse qui craint les défaites. Puis, censure nécessaire, issue de l'anxiété, alors qu'elle-même crée l'angoisse où l'anxieux refoule, par l'effet même de l'anxiété : le sentiment inquiet du difforme et du taré lui ordonne une pudeur morbide dont les manifestations émotives paralysent l'issue de tendances, dont le rejet arrive ainsi à dépendre du jeu d'automatismes profonds à réactions presque uniquement réflexes. Mais, surtout, à la base de tout le processus de refoulement, apparaît cette censure à caractère obligatoire, préliminaire même, liée dans son esprit à l'interdiction que lui enjoint sa disgrâce physique.

Or, cette interdiction préalable qui refoule son désir, jusqu'à ses ébauches, ne repose pas sur une impossibilité matérielle, sa sexualité physique est intacte, mais sur un paralogisme essentiel, greffé sur la notion subjective des conséquences de sa difformité. Et, ainsi, à son apex psychogénétique, tout le complexe organique, affectif, intellectuel se cristallise autour d'un fait d'interprétation paranoïaque.

Ainsi donc, sous les aspects simples d'épilepsie convulsive accompagnée de quelques séquelles intellectuelles et caractérielles, le tableau symptomatique se grossit d'éléments dont les phénoménalisations issues du subconscient sont conditionnées par l'angoisse génitale. Or, cette angoisse, qui traverse le psychisme à tous les étages, depuis le réflexe organique jusqu'aux élaborations subconscientes du rêve, pour aboutir à ordonner l'orientation des préoccupations intellectuelles, est-elle susceptible de déterminer le délire moteur, la convulsion prenant alors la signification d'une transposition motrice du phénomène sexualiste ?

Il ne nous semble pas que cette hypothèse qui accorderait la prévalence à l'angoisse de la libido soit confirmée par l'examen clinique. Si en effet, à chaque moment psychologique, nous constatons bien la hantise de souvenirs infantiles refoulés, si nous les retrouvons avec la couleur émotive propre que leur a donné le schok sexuel initial et constamment grossi par l'apport convergent d'émotions de même tonalité, ceci sous les formes de l'incomplétude, du doute, de l'anxiété, de la timidité et aussi des justifications intellectuelles corollaires, dont le sujet a constitué son attitude morale et sentimentale par cette antithèse de défense où il s'efforce de corriger le désordre qu'il pressent obscurément et douloureusement dans ses tendances profondes ; si, en tout ceci, dominent les faits de sexualisme, nous voyons aussi, présents, des éléments qui nous paraissent incomber à la série épileptique pure. Ce sont, abstraction faite de l'élément convulsif dont nous sommes amenés à discuter, l'obstination, la susceptibilité, la vanité, la préoccupation de correction et de paraître, ainsi qu'une tournure paranoïaque dont les effets parfois antagonistes arrivent à créer au complexe des aspects de prime abord contradictoires alors que la résultante se justifie par leurs interférences. Des confrères, non spécialisés, sentant sans doute que certains côtés extraordinaires du cas dépassaient le cadre de l'épilepsie, ont autre-

fois considéré ce malade comme un « hystérique ». Cet arbitrage facile n'est cependant pas dépourvu de justesse si nous remarquons que E... est en effet encore un suggestible. Mais la suggestibilité ne suffit pas à juger de son cas ; condition préalable, n'est-elle pas à l'essence des deux ordres de phénomènes, névrose érotique et paranoïa interprétante ? Toujours est-il, par ailleurs, que le traumatisme de la libido semble avoir eu un corollaire presque immédiat dans une interprétation paralogique des conséquences de la difformité congénitale : il y a donc eu ainsi émergence initiale de l'érotisme sous une forme idéative et consciente. Par nombre de ses attitudes le malade est donc en dernière analyse tout autant un interprétant qu'un anxieux.

Il nous semblerait donc arbitraire, étant donné ces incertitudes, d'inscrire les accidents convulsifs au compte de la seule angoisse. Il est admissible, certes, qu'elle intervient dans leur détermination psychologique en ce qu'elle a provoqué leur éclosion à l'époque où le shock sexuel latent se compliquait de déceptions sentimentales. Et dans ce sens, peut-être en trouvons-nous une intervention plus directe encore, si nous remarquons que les crises convulsives se manifestent chez E... de préférence au réveil, à cinq heures du matin, et après les nuits spécialement évocatrices. Après la libération onirique nocturne, n'est-ce pas alors un des acmés du conflit de refoulement, lorsque l'âme claire s'éveille et reprend, avec la conscience, maîtrise et censure en face du malaise obscur que laisse l'horreur remanente des souvenirs réprouvés ?

Cependant, dans l'ensemble, l'apparition des accidents moteurs comme nécessité morbide nous semble bien remonter à une vocation congénitale propre. Nous pouvons supposer que la même hérédité (bien que les examens biologiques ne nous en aient pas montré la nature), qui a présidé à la difformité au spectacle de laquelle s'est nourrie la névrose d'angoisse, a élaboré la susceptibilité particulière des zones épileptogènes. Au total, cliniquement, c'est bien

la détermination épileptique qui a ordonné la symptomatologie de l'expression convulsive. Son éclosion certes a pu dépendre de la névrose d'angoisse, mais nous concevons facilement que le traumatisme de la libido, eût pu, à peu de choses près, entraîner chez notre homme un délire systématisé ou bien, devant les déceptions sentimentales, une évasion dans l'irréel sous forme d'un état schizoïde.

Nous avons, au début de cette observation, parlé de psychanalyse spontanée. Celle-ci nous a valu une exploration profonde de la psychogénie du cas. Mais, avons-nous obtenu les effets thérapeutiques qui établissent sa double opportunité ? Un examen des rêves, suivi pendant une récente période nous montre la sédation de la préoccupation érotique subconsciente ; elle a totalement disparu dans le psychisme clair ; mais nous craignons bien, malgré tout, que nous n'ayons pas accompli le rite psychanalytique dans toute son observance et, s'il est de fait que, consécutivement à ce grand aveu analytique, c'est-à-dire depuis un an déjà, notre malade n'a plus eu d'accidents convulsifs, ni de paroxysmes anxieux et que même la bradyphrénie se soit notablement atténuée chez lui, la continuité d'un traitement au gardénal plus encore que la psychothérapie, a sans doute quelques mérites dans cette cure.

Il apparaît cependant que l'interprétation freudienne était ici particulièrement valable pour tout un côté de l'ensemble symptomatique. Cette morbidité de la libido par refoulement abusif est assez rare chez les cerveaux latins pour qu'elle nous ait paru valoir à l'occasion d'être signalée. Nous souscrivons volontiers à cette constatation que des théories, qui nous semblent peut-être excessives dans quelques-unes de leurs généralisations, peuvent avoir des succès d'espèce. Mais encore en l'espèce, est-il remarquable qu'il ait fallu qu'un jeu de circonstances multiplie l'efficacité de la censure et que lui soit donné ce caractère obligatoire, bien que subjectif, d'une interdiction physique.

---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

SEANCE DU LUNDI 30 NOVEMBRE 1925

Présidence : MM. Marcel BRIAND, ancien président  
et ROUBINOVITCH, président

MM. X. Abély, Beaudouin, Bonhomme, Borel, Daday, Demay, Eissen, Minkowski, Mme Minkowska, MM. Rayneau, Gilbert Robin, membres correspondants, assistent à la séance.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance du lundi 26 octobre 1925.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL annonce que M. MIGNARD, *secrétaire des séances*, souffrant, ne pourra assister à la séance. Il lui adresse, au nom de la Société, des vœux de prompt guérison et prie l'un des membres présents de bien vouloir le remplacer au bureau.

A la suite du rapport lu à la séance du 26 octobre, au nom d'une Commission composée de MM. Henri Colin, René Semelaïne et René Charpentier, rapporteur, il est procédé au vote.

M. le D<sup>r</sup> Frédéric-J. FARNELL, de Providence (Rhode Island), U. S. A. est élu par 21 voix *membre associé étranger* de la Société Médico-Psychologique.

## Jubilé du Professeur V.-M. Bechtereff

M. ROUBINOVITCH, président. — Messieurs, votre président et votre secrétaire général ayant été invités à s'associer à une manifestation de sympathie à l'occasion du 40<sup>e</sup> anniversaire de l'activité scientifique de M. le professeur V.-M. Bechtereff, je profite de l'occa-

sion de ce jubilé, qui doit être fêté à Léninegrad dans le courant du mois de décembre, pour vous exposer très brièvement la carrière de cet éminent collègue russe, membre associé étranger.

Le professeur V.-M. Bechtereff, dont les travaux neurologiques et psychiatriques sont universellement connus, va être bientôt fêté par ses nombreux élèves et amis à l'occasion du quarantième anniversaire de son activité scientifique, qui, à l'heure actuelle encore, n'a rien perdu de son ardeur éminemment intelligente et de son intensité. A l'occasion de ce jubilé, le monde médical français, dont les sympathies sont restées très vives pour les confrères russes, prendra connaissance avec grand intérêt, du moins je l'espère, de la biographie du savant professeur et académicien de Léninegrad.

Né en 1857, dans le district de Jelabouge du gouvernement de Viatka (Russie orientale), pays industriel, actif, riche en mégisseries et en métallurgie du fer, Bechtereff fut élevé au gymnase de Viatka.

En 1873, à l'âge de 16 ans, il devint étudiant de la *Faculté Médico-Chirurgicale* de Pétersbourg, transformée ultérieurement en *Académie médico-militaire*.

C'est là où il termina très brillamment ses études médicales et où il resta ensuite à titre d'attaché à la chaire des maladies nerveuses et mentales. Ses deux premiers maîtres en neuro-psychiatrie furent les professeurs Balinski et Merjēvski, ce dernier ami personnel de notre grand Magnan. Il étudia dans sa thèse inaugurale de 1881, « La température et ses variations chez les aliénés. » Ces recherches thermométriques présentaient, pour l'époque où elles furent faites, un très grand intérêt symptomatique.

En effet, elles montraient l'existence des réactions thermiques de l'organisme devenant supérieures à la normale sous l'influence de certains états d'excitation ou des délires toxiques aigus, ou bien, au contraire, inférieures à cette même normale dans les psychoses dépressives, les confusions mentales asthéniques, les auto-intoxications hépatiques, etc...

La thèse fut récompensée par la nomination de son



auteur en qualité de privat-docent de psychiatrie et de neurologie, avec mission de faire à l'Académie médico-militaire un cours sur « le diagnostic des affections nerveuses ».

Après trois années d'enseignement fertiles en publications neuro-psychiatriques abordant les problèmes cliniques et anatomo-pathologiques les plus variés, Bechtereff obtint en 1884 une bourse de perfectionnement scientifique pour deux années, pendant lesquelles il alla travailler à Berlin chez Westphal et Mendel ; à Leipzig, chez Flechsig, Wundt et Gauch ; à Paris, chez Charcot et Magnan.

A son retour en Russie, il fut nommé Professeur de neuro-psychiatrie à l'Université de Kazan, où il enseigna jusqu'en 1897, c'est-à-dire pendant sept ans.

Sa réputation grandit rapidement, non seulement à cause de ses qualités de professeur et de clinicien rompu à toutes les difficultés médicales et psychologiques de la neuro-psychiatrie, mais aussi à cause de son talent de recherche et d'observation scientifique, qui lui permit de publier un nombre considérable de travaux importants. Aussi, dès que la chaire neuro-psychiatrique de l'Académie médico-militaire de Pétersbourg devint vacante — en 1893 — Bechtereff y fut nommé. Il n'avait que 36 ans. On s'imagine aisément avec quelle ardeur scientifique ce jeune professeur se mit à la besogne. La Clinique qu'il avait à diriger devint rapidement le centre russe le plus important pour l'étude des maladies nerveuses et mentales. Bechtereff s'appliqua de toutes ses forces à l'amélioration des conditions d'assistance de ses patients. Tout en poursuivant des recherches cliniques, psychologiques et anatomo-pathologiques, il se préoccupa avec une attention soutenue de toutes les formes de la thérapeutique applicable à la neuro-psychiatrie. Dans cette Clinique de l'Académie médico-militaire, sont venus s'instruire de tous les coins de la vaste Russie de nombreux étudiants et, à l'heure actuelle, la liste des professeurs et des médecins russes qui furent des élèves assidus de Bechtereff comprend plus de cinq mille noms.

Quand on pense que chacun de ces élèves, inspiré par le maître, a travaillé à son tour pour tirer au clair tel ou tel point, encore obscur, de la neuro-psychiatrie, on se rend compte de l'influence et du prestige scientifiques qui s'attachent au nom de notre illustre collègue de Léninegrad.

Parmi les travaux personnels de Bechtereff (il en a publié plus de cinq cents), beaucoup sont devenus classiques. Quelques-uns, traduits en toutes les langues européennes, ont assuré, depuis longtemps, à leur auteur, une réputation mondiale. Citons, notamment : « *Les voies conductrices de la moelle et de l'encéphale* » ; « *L'étude des fonctions du cerveau* » ; « *Le diagnostic des affections nerveuses* » ; « *La Réflexologie* ». L'auteur a eu le mérite de contribuer très largement à la fondation de la « Psychologie objective », dans laquelle il indiquait la direction toute nouvelle où doit s'engager l'étude moderne de la personnalité humaine, saine ou pathologique. A ce domaine scientifique, Bechtereff consacra une longue série de travaux d'importance primordiale comme : « *Le psychisme et la vie* » ; « *Les bases générales de la Réflexologie humaine* » ; « *La réflexologie collective* » ; « *La réflexologie génétique* », qui jette une vive lumière sur le développement psychique de l'enfant et qui permet de mieux aborder tous les problèmes, si complexes, de la pédologie. Nous avons dit que la thérapeutique des maladies nerveuses et mentales préoccupait vivement et constamment l'esprit si élevé et si ouvert de Bechtereff ; aussi n'est-il pas surprenant de constater qu'un nombre considérable de ses investigations portèrent sur l'analyse scientifique des phénomènes d'hypnose, de la suggestion et de toutes les formes de la psychothérapie. — Tout cela aurait déjà suffi, semble-t-il, à remplir une vie, si avide qu'elle fût du besoin de chercher, de comprendre et d'agir, dans un domaine aussi ardu que la neuro-psychiatrie, surtout à l'époque et au lieu où elle fut abordée par Bechtereff. Cependant, l'ardeur de cet homme fit de lui non seulement le savant dont nous avons indiqué la grande

activité, mais encore un remarquable organisateur de toute sorte de centres d'études de notre spécialité. C'est ainsi que, pendant son professorat, à Kazan, il y fonda un laboratoire de psychologie; une Société savante de psychiatres et de neurologues; un journal: « Le Messager neurologique ».

Nommé à Pétersbourg, il trouva le temps d'y organiser plusieurs sociétés du même ordre et d'éditer, sous sa direction personnelle et attentive, une revue russe estimée: « La Revue de Psychiatrie ».

Pour donner un nouvel essor aux recherches relatives aux fonctions cérébrales, il fonda en 1908 un *Institut psycho-neurologique*, devenu bientôt une véritable « Académie » du même nom et qui donna naissance à plusieurs nouveaux Instituts, comme: « l'*Institut antialcoolique* »; « l'*Institut des connaissances médicales* »; « l'*Institut pour l'étude du cerveau* »; « l'*Institut de réflexologie pathologique* »; « l'*Institut médico-pédagogique pour enfants nerveux* »; « l'*Institut oto-phonétique* »...

Tous ces Instituts, nés de l'*Académie Psycho-neurologique*, reçoivent leur impulsion de Bechtereff, son président, son animateur.

Nous comprenons maintenant l'admiration de ses élèves et de ses amis après quarante années consacrées à des recherches scientifiques, au traitement et à l'assistance des malades du système nerveux, à la formation de nombreux médecins, à l'organisation de moyens divers pour faire avancer la psychiatrie et la neurologie...

Et c'est de grand cœur que nous nous associons à nos confrères russes pour adresser au prof. V.-M. Bechtereff, à l'occasion de son jubilé, nos vives félicitations et nos vœux les plus sympathiques pour la continuation d'une carrière aussi remarquable par sa féconde et talentueuse activité.

## X Psychose intermittente atypique simulant la démence précoce

Par MM. LEROY et MONTASSUT

Le diagnostic de la démence précoce et de la psychose maniaque-dépressive est, à l'heure actuelle, une source d'erreurs très fréquentes. Cette erreur, nous l'avons commise à propos d'une malade qui a présenté, pendant plus de deux ans, un état de stupeur avec manifestations catatoniques. A défaut de la symptomatologie, l'évolution seule a permis de rejeter le diagnostic de démence précoce, encore que l'état maniaco-dépressif atypique commande certaines réserves.

Nous résumerons brièvement l'histoire de la maladie.

Marguerite G., 30 ans, cadette de deux sœurs normales et bien portantes, ne paraît pas présenter d'antécédents psychopathologiques patents ; une de ses cousines cependant aurait été internée pour une cause inconnue. Elle exerçait la profession de comptable et s'était jusqu'alors signalée comme une employée habile et stable, lorsqu'elle commence, à 25 ans, à présenter des accès de maniaque-dépressive qui nécessiteront des internements répétés.

1<sup>er</sup> Accès, octobre 1916-janvier 1917. — Etat dépressif avec anxiété épisodique, hyperémotivité, déficit intellectuel passager. *Restitutio ad integrum*, la malade reprend son emploi et paraît guérie aux yeux des parents et de son patron.

2<sup>e</sup> Accès, mars-décembre 1917. — Début par fugue de 3 jours. L'incohérence et l'agitation nécessitent l'internement à Villejuif. Paraît normale au cours de la période intercalaire.

3<sup>e</sup> Accès, mai-octobre 1918. — Marguerite est vue par M. Chaslin, qui note : *accès de rire sans motif, propos peu cohérents, indifférence, apathie, insomnie et amaigrissement*. Peu de temps après, elle est internée pour : *Dégénérescence*

*mentale avec confusion dans les idées. Alternatives d'excitation et de dépression. Rires non motivés. Hérité morbide* (Briand). La malade peut reprendre son travail pendant six mois ; pas de déficit intellectuel ni d'indifférence affective, cependant G. commence à manifester une jalousie morbide à l'égard de ses sœurs.

4<sup>e</sup> Accès, mars 1919-avril 1920. — Débute par une fugue de plusieurs jours et de vagues idées de persécution. Revue par M. Chaslin qui note : *propos peu cohérents, parle sans cesse, ne travaille que par intermittence, fugues, rires sans motifs*, etc.

Au cours de la période intercalaire, elle est calme, cohérente, s'occupe un peu mais manifeste toujours de l'hostilité vis-à-vis de ses sœurs.

5<sup>e</sup> Accès, octobre 1920-décembre 1922. — Rechute rapide caractérisée par inertie, indifférence, gâtisme, agitation motrice épisodique. Depuis cette époque, la malade est restée dans les Asiles de Villejuif et de Maison-Blanche, où nous l'avons longuement observée.

Le certificat de l'Admission mentionne : *Dégénérescence mentale avec alternatives d'excitation et de dépression. Etat confusionnel, possibilité d'un élément psychosique intermittent* (Briand). Internée à Villejuif, elle est transférée à Maison-Blanche pour : *Démence précoce probable* (Legrain). Le certificat d'entrée conclut d'une manière analogue : *Dépression psychique, inertie, insouciance, démence précoce probable* (Leroy).

Pendant quatorze mois, à Maison-Blanche, l'évolution de la maladie a paru confirmer le pronostic primitif. Les rapports du personnel, contrôlés et recoupés par nos observations personnelles, militaient en faveur de la démence précoce. Nous citons au hasard quelques notes du dossier :

12 février 1921. — « G. ne parle jamais, rit quand on l'interroge et fuit le médecin, frappe sans motif les malades et les infirmières. Insouciante, malpropre, se couche sur le plancher une partie de la journée, s'alimente bien cependant. »

31 mai. — « Résiste à tout, impulsive : coups, bris fréquents de carreaux. Ne cause pas, rit sans motif, dort bien, gloutonne, tentatives de fugues répétées. »

5 septembre. — Nous lui demandons vainement de répondre si la mort de son père malade lui ferait de la peine.

L'annonce du décès, survenu peu après, est accueillie par des sourires.

18 novembre. — Toujours impulsive, rit et frappe sans motif, ne parle jamais à personne, désordonnée, gâteuse, résiste à tout, s'est cogné la tête et tiré les cheveux une partie de la nuit ; au matin, a brisé les carreaux et s'est jetée furieusement sur les infirmières.

En résumé, pendant près de deux ans, la malade a présenté un tableau de stupeur avec mutisme, opposition, impulsivité, stéréotypies motrices et gâtisme, qui en ont imposé pour un état catatonique. Durant toute cette période, elle a manifesté une perte de l'activité pragmatique et une indifférence affective des plus manifestes ; aussi, notre étonnement fut-il grand de la voir sortir brusquement de cet état en quelques jours, à son retour du Pavillon de Chirurgie, où elle avait été envoyée pour hématome vulvaire et prolapsus rectal sphacélé.

La *rémission* ne dura guère plus qu'une quinzaine de jours, au cours desquels la malade lucide, bien orientée, calme, active, propre et déférente, ne présente aucune trace de déficit intellectuel. L'évocation de la mort de son père déclanche un vif chagrin ; elle écrit spontanément des lettres affectueuses à sa mère et nous témoigne une vive gratitude. Avec une étonnante précision, la malade nous conte les menus faits du service, qui avaient paru totalement lui échapper au cours de cette longue période. Il semble, d'après ses déclarations, qu'elle ait d'abord présenté un état confusionnel avec onirisme. « Je voyais des squelettes grimaçants, des scènes de révolution, la guillotine ; des ours et des louveteaux couraient après mon père. Des soldats déguisés me menaçaient de leurs fusils. Je croyais que ma famille était ici et il me semblait à chaque instant la reconnaître parmi les malades ou le personnel. Des voix me reconfortaient. « Calme-toi, Marguerite, ce n'est rien », ou bien me disaient : « Tais-toi, ne leur réponds pas, cela ne les regarde pas. »

A cet état aurait succédé une période d'inhibition que la malade se rappelle fort bien : « Je ne me sentais pas, j'étais comme somnambule, je me sentais vieille, tout m'était indifférent comme si ma jeunesse était finie, je me dégoûtais et je vivais comme une bête, je voulais être seule. » « J'ai ri lorsqu'on m'a annoncé la mort de mon père parce qu'on avait prononcé le nom sur une drôle d'intonation et que je pouvais pas supposer que papa fût mort, lui qui était si amusant. »

6° ACCÈS, *janvier-15 avril 1923*. — L'excitation intellectuelle s'installe et s'exagère rapidement. Elle aboutit à un état maniaque pur, sans idées délirantes, ni confusion. Il se traduit par les signes habituels : logorrhée, fuite des idées, syndrome de jeu, causticité et érotisme. Au bout d'une huitaine se surajoute un état confusionnel, en même temps qu'apparaît de l'agitation motrice d'aspect incohérent. La désorientation dans le temps et l'espace est particulièrement marquée ; les fausses reconnaissances et les illusions sensorielles nombreuses. La rupture avec le monde extérieur n'est cependant pas complète et la malade y trouve quelques éléments pour alimenter un délire polymorphe.

7° ACCÈS, *avril 1923-juin 1924*. — L'excitation se calme rapidement et fait place à un état d'inertie intellectuelle avec perte de l'activité pragmatique et mutisme habituel. Episodiquement, ce tableau est rompu par des accès d'agitation coléreuse ou anxieuse ; le mobile en est rarement perçu, cependant l'agitation paraît moins incohérente qu'au cours de la précédente période ; on ne relève pas de stéréotypies ni de manifestations cataleptiques, malgré l'intensité habituelle de la stupeur ; l'indifférence émotionnelle et le désintérêt à l'ambiance et à elle-même sont profonds.

8° ACCÈS, *juin 1924-novembre 1924*. — Installation rapide d'un état maniaque franc, aussi typique que le précédent : excitation intellectuelle vive, turbulence, logorrhée et graphorrhée, supermimie, manifestations expansives ou coléreuses ; pas d'incohérence ni de stéréotypie verbale ; absence de confusion, aucun affaiblissement intellectuel, réactions affectives vives et motivées.

L'excitation s'exagère et nécessite son maintien pendant 5 mois dans le quartier des grandes agitées. Les réactions coléreuses sont vives ; la malade réclame avec vigueur sa mise en liberté et se livre à des violences sur les malades et le personnel. Il n'y a pas d'idées délirantes actives, pas de confusion ; le tableau clinique est celui d'une manie coléreuse typique.

L'agitation motrice se calme et la malade présente, de novembre 1924 à février 1925, un espace intercalaire au cours duquel elle paraît sensiblement normale. Il persiste cependant un certain degré d'hypomanie qui se traduit assez fréquemment par de vives réclamations au sujet de sa mise en liberté ou de son transfert dans un asile, où sa famille pourrait plus fréquemment la visiter. Les sentiments affec-

tifs ne sont ni déviés ni diminués ; l'intérêt à l'ambiance est vif ; la malade s'occupe activement dans le quartier, puis à l'atelier de couture. Polie, bien tenue, coquette même, elle ne présente aucun déficit de son activité pragmatique. L'idéation est vive, cohérente, la mémoire et le jugement normaux.

9<sup>e</sup> Accès, *février 1925-novembre 1925*. — Etat de stupeur entrecoupé de symptômes maniaques fugaces. L'obtusion intellectuelle, l'absence d'effort mental et de toute activité spontanée sont prédominants. L'interrogatoire est habituellement malaisé ; lorsqu'il est possible, il ne permet guère de se renseigner sur l'état mental sous-jacent ; la malade répond invariablement par oui ou non. Elle semble avoir perdu toute activité mentale : habituellement enfouie sous ses couvertures, elle se désintéresse absolument de l'ambiance, ne réclame jamais sa nourriture, qu'elle mange gloutonnement, néglige sa toilette, gâte lorsqu'elle n'est pas conduite aux cabinets et se livre fréquemment à l'onanisme. Parfois elle s'excite d'une façon très fugace, fait quelques excentricités, comme de se laver avec un torchon sec, sans utiliser l'eau mise à sa disposition, de se promener dévêtue dans le dortoir, de danser, etc... On ne note cependant pas d'impulsions, de stéréotypies motrices, mimiques ou verbales, de soliloque. Il n'y a pas de catalepsie, ni de flexibilité cireuse ; pas d'hypertonie, pas de persévération, pas de réflexe de posture ; le mutisme est habituel et incoercible.

Depuis huit mois, ce tableau clinique n'a pas sensiblement changé. Actuellement encore, Marguerite vit dans le quartier des grandes agitées, toujours inerte, malpropre et habituellement gâteuse. La stupeur paraît s'être un peu atténuée récemment, mais l'examen reste encore très difficile. Les réponses, faites à voix basse, sont fragmentaires, schématiques ; le plus souvent encore la malade se contente de sourire d'une façon narquoise, mais nullement discordante. La mimique reste active, le regard vif, ironique, exprime l'intérêt qu'elle prend aux conversations. L'orientation dans le temps, la notion de durée sont particulièrement troublés avec l'intérêt à l'ambiance ; c'est ainsi que la malade ne peut préciser la date et la durée de ses derniers accès et qu'il est impossible de lui faire formuler le moindre désir ou revendication. Les idées délirantes paraissent complètement absentes, ainsi que la confusion ; il ne nous a pas été possible de relever l'existence de manifestations psycho-sensorielles.

L'état général ne s'est pas sensiblement modifié au cours



de ces différentes périodes. La menstruation, habituellement régulière, s'est arrêtée de février à décembre 1923, au cours de la période de stupeur et de l'accès d'excitation.

L'examen physique, pratiqué en décembre 1925, a donné les renseignements suivants : ni pseudo-œdème, ni cyanose des extrémités, mains moites, dermographisme léger.

Réflexes tendineux vifs. Réflexes cutanés normaux.

Pas de salivation ; pas d'insuffisance hépatique. Pouls = 60. R. O. C. très exagéré, 60-44. Réflexe solaire sans modification. T. A. au Pachon = M. 13-m. 10 ; indice oscillométrique 1°.

Il nous a paru intéressant de rapporter l'observation de cette malade, suivie depuis plus de *dix ans*, car elle soulève encore actuellement de nombreuses difficultés, à propos du diagnostic et du pronostic. Au cours de l'évolution, nous avons fréquemment modifié notre opinion, et nous hésitons encore à nous prononcer.

La difficulté du diagnostic de la démence précoce et des folies périodiques a motivé de nombreuses hésitations (1) qui légitiment notre incertitude ; aussi nous contenterons-nous d'exposer ici les raisons qui militent en faveur de l'une ou l'autre affection, sans prendre une position définitive.

La maladie s'est présentée avec un caractère nettement intermittent. Nous relevons, en dix ans, neuf accès maniaco-dépressifs, à savoir : 2 accès maniaques, 4 états mixtes et 3 accès dépressifs. Les deux accès maniaques, survenus au cours de ces deux dernières années, étaient typiques : excitation intellectuelle vive, logorrhée, fuite des idées, mobilité de l'attention, euphorie ou irritabilité morbides, besoin impérieux de mouvement, syndrome de jeu, tendances érotiques, etc... ; absence de troubles démentiels, malgré l'élément confusionnel qui se surajoutait vers la fin de l'accès.

(1) SÉGLAS et A. COLLIN. — Démence précoce ou psychose périodique. *Soc. de psychiatrie*, nov. 1909.

BARBÉ et GUICHARD. — Démence précoce ou psychose périodique. *Soc. de psychiatrie*, mars 1911.

CADOWA. — Difficultés du diagnostic entre D. P. et maniaque-dépressive. *Encéphale*, 1910, t. I, p. 181.

TRÉNEL. — Folie intermittente et psychose familiale. *Société Clinique méd. ment.*, juin 1922.

L'état mental, au cours des périodes intercalaires, plaide encore en faveur de la psychose maniaque-dépressive. Sortie rapidement de sa stupeur, la malade se montre bien orientée, ne présentant pas de troubles du jugement et de la mémoire notables. L'affectivité en particulier est bien conservée ; elle se traduit par un vif désir de sortie et de retourner auprès de sa mère, à qui elle adresse de fréquentes lettres affectueuses, et au vif chagrin qu'elle manifeste à l'occasion d'un deuil familial. Ordonnée, propre, elle s'occupe activement à des travaux de couture ou aide les infirmières. Elle juge légitimes ses internements antérieurs, regrette ses violences et n'affiche à l'égard de l'avenir qu'un optimisme modéré. La *restitutio ad integrum* apparaît complète, à part une hypomanie très légère se traduisant par de brusques sautes de l'humeur, état d'ailleurs plus fréquent que ne l'admettent les classiques au cours des périodes intercalaires de la maniaque-dépressive.

Les états mixtes, malgré les réserves qu'ils commandent, peuvent être encore rapportés à la psychose périodique. Ils affectent surtout ici l'aspect de la *manie obtuse*. La paralysie psychique, particulièrement intense, en impose pour l'indifférence (comme au cours de l'état actuel) et s'associe avec de l'agitation motrice non stéréotypée ; la vivacité de la mimique contrastant avec la lenteur et la fatigabilité psychique.

L'aspect des accès de stupeur — dont un s'est prolongé pendant près de deux ans — est encore plus atypique, et nous retrouvons des symptômes qui militent en faveur de la démence précoce. L'inhibition psychique est profonde, elle se traduit par l'aspect hébété de la malade, le mutisme et le gâtisme habituel — fréquents d'ailleurs dans la mélancolie avec stupeur — mais encore par des notes discordantes, où nous retrouvons simultanément un mélange d'apathie et aussi de négativisme actif, une adynamie profonde et une agitation motrice violente, stéréotypée, incoercible et soudaine. L'absence apparente de toute manifestation intellectuelle contraste encore singulièrement avec les acquisitions faites au cours de cette période

et que la malade raconte, l'accès passé, avec une précision suffisante.

Les manifestations cataleptoïdes au cours de cette période contribuent encore à nous orienter dans ce sens, quoiqu'elles ne soient pas rares dans la stupeur mélancolique et que nous pensions, avec Séglas (1) et Chaslin (2) qu'elles ne doivent pas être considérées comme pathognomoniques de la démence précoce.

L'indifférence à l'ambiance en période d'état paraît absolue, les seules réactions émotionnelles que nous avons pu provoquer au cours de ces périodes furent discordantes : l'annonce de la mort de son père, et les alibis fournis pendant une rémission nous paraissent peu judicieux.

En résumé, nous croyons pouvoir rattacher la plupart de ces accès à la psychose maniaque-dépressive, d'autant plus que la malade ne présente pas les signes physiques de la D. P. bien étudiés par Dide. Nous faisons cependant quelques réserves. Nous sommes ici en présence d'un fait clinique complexe, tenant à la fois à la folie périodique et à la démence précoce. Ces cas ne sont pas exceptionnels. Tamburini (3) décrit une psychose maniaque-dépressive catatonique caractérisée par des phénomènes épisodiques simulant la stupeur catatonique, mais avec un état d'excitation très différente de l'excitation catatonique typique et qui alterne avec des périodes sensiblement normales. (Bleuler (4) estime qu'il peut y avoir des catatonies à forme périodique, peut-être des cas combinés de schizophrénie et de folie maniaque-dépressive. Lange (5) décrit des manifestations périodiques, circulaires et réactives de la démence précoce et conclut que la nature même de la schizophrénie éveille secondairement la

---

(1) SÉGLAS. — *Leçons cliniques.*

(2) CHASLIN. — *La confusion mentale primitive.*

(3) TAMBURINI. — Psychose catatonique aiguë et psychose maniaque-dépressive catatonique. *Analyse Encéphale*, 1912, t. I, p. 494.

(4) BLEULER. — La schizophrénie. *Analyse par M. Trénel. Rev. Neur.*, oct. 1913, p. 379. Manifestations périodiques circulaires et réactives dans la D. P.

(5) LANGE. — *Zeitsch. f. ges. Neur. u. Psych.*, 80, t. I et II.

maniaque-dépressive. R. Dunton (1) signale également des formes circulaires de démence précoce. Entre ces différentes formes les nuances sont insensibles, aussi est-il séduisant et légitime de penser, pour un certain nombre de ces cas, à une association de maniaque-dépressive et de démence précoce dont Courbon a souligné l'intérêt (2).

### DISCUSSION

M. Henri CLAUDE. — J'ai écouté avec intérêt la communication de MM. Leroy et Montassut. Dans de tels cas, le diagnostic est souvent très difficile. Je crois pourtant qu'il s'agit ici d'une psychose maniaque-dépressive. En particulier, il n'a pas été observé de diminution de l'activité psychique persistante ni profonde, et j'attribue à ce symptôme une grande importance.

Il est des cas psychose maniaque-dépressive; par exemple, de mélancolie teintée de confusion mentale ou de confusion mentale avec état mélancolique dans lesquels on peut observer de la discordance, des attitudes cataleptoïdes, même de l'ambivalence et de l'inaffectivité. Ce qui compte surtout, c'est la continuité des accidents et l'affaiblissement progressif des facultés intellectuelles. Dans bien des cas il est impossible de se prononcer après une courte observation et, seule, l'histoire de la maladie permet le diagnostic.

J'ai généralement observé que, dans la démence précoce vraie, les accès s'atténuent progressivement et tout en diminuant d'importance. Après huit ou dix ans, il n'existe plus que de vagues apparences d'états maniaques ou d'états dépressifs, mais c'est le déficit mental qui occupe toute la scène.

Dans le cas de MM. Raoul Leroy et Montassut, les accès se reproduisent aussi forts qu'il y a dix ans. Jugeant la maladie en elle-même et sa longue évolution, je me rallie à l'opinion de M. Leroy.

(1) DUNTON. — Les formes circulaires de la D. P. *Am. Journal Insanity*, 1, 1910.

(2) COURBON. — Démence précoce et psych. maniaque-dépressive. Contribution à l'étude de psychoses associées. *Encéphale*, 1913, t. I, p. 435.

M. ARNAUD. — Je suis tout à fait de l'avis de M. Raoul Leroy et de M. Henri Claude. M. Raoul Leroy nous a signalé chez sa malade ce fait important que constitue, au milieu de la succession et de l'alternance des états maniaques ou mélancoliques, l'existence de périodes intercalaires normales avec *restitutio ad integrum*. C'est là un symptôme capital chez cette malade dont, par ailleurs, l'affectivité est restée normale, ainsi que l'intérêt au réel, etc. Le diagnostic de psychose périodique s'impose.

Il faut ajouter que, suivant les auteurs, qui se sont attachés à l'étude et à la limitation des états démentiels, précoces et des états de psychose périodique, les fonctions de ces deux affections ont bien souvent varié. Aussi n'y a-t-il pas lieu d'être surpris du diagnostic difficile d'un certain nombre de cas limite, dont l'interprétation a pu varier avec les classifications.

M. Raoul LEROY. — Il s'agit pour nous d'une psychose intermittente atypique simulant la démence précoce. M. Guiraud, qui a vu cette malade pendant un accès de stupeur, a porté le diagnostic de démence précoce. Et quant au pronostic, on a pu penser à certains moments que la malade ne guérirait pas de cet accès. Il s'agit d'un diagnostic particulièrement difficile, et je vous reparlerai peut-être un jour encore de cette malade.

M. ARNAUD. — M. Raoul Leroy soulève là la question du pronostic. Il y a un grand nombre de périodiques qui finissent par faire un jour un accès de manie, d'hypomanie par exemple, qui ne guérit pas. J'en observe en ce moment même un cas. Mais ce ne sont pas pour cela des déments précoces.

M. GUIRAUD. — Mais ces malades, auxquels vient de faire allusion M. Arnaud, ne ressemblent pas à des déments précoces. Ils ont un aspect clinique différent. Ce n'est pas le cas de la malade de M. Raoul Leroy, malade qui, si elle ne guérit pas et conserve l'aspect qu'elle présente, serait plutôt à classer dans la démence précoce.

## La Schizomanie simple

Par MM. Henri CLAUDE, Gilbert ROBIN  
et Pierre ROBINOVITCH

Si l'on arrive à s'entendre un jour sur la question de la démence précoce, il faudra rendre hommage à Bleuler. Il est l'inspirateur des travaux et des courants de pensée sur ce sujet. Les restrictions que nous avons apportées au cours de nos travaux antérieurs (1) ne visent qu'à resserrer les conceptions du psychiatre de Zurich et, par conséquent, à leur donner plus de poids, mais une moins grande surface. Nous avons dit que démence précoce et schizophrénie ne pouvaient pas être ternies synonymes. Nous sommes convaincus (2) d'une part de l'existence clinique de la D. P. type Morel, à substratum organique, d'autre part, de l'existence clinique de la schizophrénie, mais d'une schizophrénie singulièrement raréfiée : en effet, nous retenons surtout dans les 4 formes de schizophrénie décrites par Bleuler la *schizophrénie simple* dans laquelle nous faisons entrer les sujets que nous avons appelé *schizomanes* avant qu'ils ne versent dans la schizophrénie confirmée. Du reste ce n'est pas à dire que dans les affections que Bleuler range dans la schizophrénie : délires paranoïdes, délires de persécution, délires de préjudice présénile, etc., etc., ne puisse jouer dans certains cas, à des degrés divers, le *mécanisme schizophrénique* rendant compte du délire.

Jusqu'à ce jour, nous avons surtout cherché à établir, par des faits d'une évidence clinique vérifiable, la discordance existant entre l'activité intellectuelle et l'activité pragmatique, la prédominance de l'autisme sur la participation à l'ambiance, à la vie extérieure. Il nous semble qu'il est temps de montrer les diffé-

(1) Consulter l'*Encéphale* et les *Annales médico-psychologiques*, 1923, 24-25.

(2) Voir à ce sujet Henri CLAUDE. — Schizophrénie et démence précoce. *Paris médical*, oct. 1925.

rences de détail susceptibles d'intéresser les divers schizomanes et de permettre au sein même de leur groupe une classification basée avant tout sur la clinique. Ce travail sera très simple. Il suffira de compléter ce qui a été si heureusement amorcé par Borel (1). Reprenant l'ensemble des observations publiées avec notre collaboration, il admettait bien pour les unes le mécanisme de rêverie (2) que nous leur avons reconnu ; pour les autres, caractérisés avant tout par une attitude négativiste (négativisme psychique bien différent du négativisme hébéphréno-catatonique) il insistait sur un mécanisme de bouderie. L'un de nous (H. Claude) n'avait pas manqué d'attirer à plusieurs reprises l'attention sur les éléments d'*intermittence* survenant au cours de ces états schizomaniaques. La schizomanie devenait donc de plus en plus nuancée au point de vue clinique et psychologique. Enfin il nous est apparu qu'en dehors de toute périodicité, de toute rêverie et de toute bouderie, il existait des cas cliniques relevant au plus haut chef de la schizomanie, cas plus purs, s'offrant en quelque sorte à l'état nu, et rendant sensible par leur simplicité même, l'élément essentiel et *sine qua non* de ces états, c'est-à-dire la discordance entre l'activité intellectuelle et l'activité pragmatique, la prépondérance de la « pensée autistique » sur la pensée « réaliste ». Alors que jusqu'à présent nous avons vu la pensée autistique tantôt enrichie par une rêverie imaginaire, tantôt chargée d'un lourd potentiel affectif qui mène à la bouderie, tantôt enfin appauvrie ou exaltée suivant la phase cyclothymique, nous nous promettons aujourd'hui d'établir grâce à une observation démonstrative, l'existence clinique d'une *schizomanie simple*, à autisme réduit.

Après avoir rapporté l'histoire du malade et discuté à son sujet l'hypothèse de plusieurs diagnostics,

---

(1) BOREL. — Rêveurs et boudeurs. *Journal Psychologie*, 15 juin 1925.

(2) BOREL et ROBIN. — Les Rêveurs morbides. *Annales méd.-psych.*, 1923. Les Rêveurs, *idem*, in *L'Evolution Psychiatrique*, Payot, édit. Les Rêveurs Eveillés, *idem*, 1 vol. *Les Documents bleus*, p. 220. Gallémard, éditeur.

nous passerons brièvement en revue les formes cliniques de schizomanie que nous proposons.



Il s'agit d'un architecte de 46 ans, interné depuis l'été 1920, Alcide S.

C'est un homme au visage serein, au regard posé et intelligent. D'une tenue très correcte, il donne avec complaisance les renseignements qu'on lui demande au sujet de sa profession et fournit de judicieux conseils pour divers aménagements du service. Il mène la vie la plus régulière qui se puisse concevoir. Il travaille à des plans très simples et très raisonnables dans un petit réduit qui lui est affecté, on dirait d'un employé modèle et méticuleux.

Aussi en sa présence, ne peut-on se défendre d'un sentiment d'étonnement à la pensée qu'il est interné depuis 5 ans bientôt, et qu'il demande souvent sur un ton suppliant : *« Ah ! surtout, ne me faites pas sortir de l'asile : ce serait m'envoyer à la mort. »*

Nous comprenons l'indécision, l'hésitation dont font preuve les certificats rédigés à son entrée, certificats basés sur le seul examen « extérieur » du malade. Cet examen conduisait en août 1920 à penser à la possibilité d'une forme hébéphrénocatatonique atténuée.

Or, au cours de plusieurs interrogatoires (difficiles avec ce sujet qui se livre peu), Alcide S. nous a fait quelques confidences qui nous le montrent capable d'une auto-analyse très clairvoyante.

Voyons donc de près son histoire :

Aucune hérédité nettement psychopathique. Cependant son père aurait toujours été très émotif mais très actif et très attaché aux réalités de l'existence. Sa mère d'humeur triste et taciturne, serait devenue neurasthénique les derniers temps de son existence (elle est morte il y a deux ans).

Lui-même, est né à terme, a été élevé en nourrice. Il a marché tard. Enfant, il se montrait habituellement taciturne. Il avait souvent des terreurs sans objet, des phobies à la suite de lectures. Plus tard, quand il jouait avec des amis, aux cartes notamment, il perdait toujours, parce que, pense-t-il, son esprit avait peine à s'adapter aux phases rapides du jeu. Il redoutait la société nombreuse, mais, étant sous la domination absolue de son père, il n'osait faire aucun effort pour la fuir.



A 18 ans, il s'engage. Il éprouve une certaine peine à s'adapter à la vie militaire.

Libéré, on lui conseille de faire des études d'architecture. N'ayant de goût pour rien en particulier, « il se laissa faire ».

— « J'ai aimé le dessin et la géométrie, nous dit-il, du moins j'ai étudié ces matières avec moins d'ennui que le reste. A vrai dire, je n'ai jamais rien fait avec conviction, je n'ai jamais eu aucune foi, je n'ai jamais pu me donner à quoi que ce soit. »

Au cours de ses études, ses parents divorcèrent. Dès lors, nous dit un de ses amis, il fut plus taciturne que jamais.

— « Ce fut en effet un coup très dur pour moi : je n'ai jamais pu admettre le divorce, non par conviction religieuse (j'ai pratiqué comme tout le monde, sans avoir jamais été très croyant), mais cela heurtait profondément ma représentation des choses, mes idées sur la société, mes principes sur la famille. En outre, je crois que j'ai été très affecté par la séparation de mes parents. Celle-ci pourtant n'a pas été brutale, puisque dans la suite, mon père rencontra ma mère. »

C'est avec beaucoup de désinvolture qu'il bâcle ensuite la fin de ses études. A. pense que le divorce de ses parents lui avait enlevé le goût des occupations sérieuses.

Il fait alors la connaissance d'une jeune fille avec laquelle il désire se marier. « C'eût été pour moi un bonheur immense, mais j'avais à vaincre la résistance d'une personne de sa famille. *Je renonçai plutôt que de lutter.* J'eus alors une liaison à laquelle je n'attachais aucune importance. Il m'arrivait d'être impuissant, mais ça m'était indifférent. »

A. s'installe donc comme architecte, à 27 ans, dans son quartier. « Je souffrais beaucoup de la contiguïté de la clientèle de mon père : *je restais indéfiniment « M. Alcide », l'enfant du quartier, J'aurais voulu devenir quelqu'un, mais là, il n'y avait pas moyen : j'étais « M. Alcide » !* Aussi j'aurais voulu changer de domicile, quitter ce quartier, m'établir loin de mon père. On ne me traitait pas positivement en enfant, mais je n'étais pas sorti de chez moi : de là, une sensation de gêne, de contrainte, qui me faisait souffrir. »

Quelques années avant la guerre, se passent alors dans la vie du malade des événements « très graves », d'après lui, sur lesquels il se refuse absolument à donner le moindre éclaircissement. Sa famille paraît les ignorer. Mais le

malade leur attribue en partie son désintérêt de la vie. En effet, vers 1912, il sent que « ça ne va plus », il manque de certitude, il a l'impression qu'il n'est plus comme tout le monde.

A la mobilisation, A. est envoyé comme dessinateur-camoufleur dans un service automobile où il se trouve matériellement très bien. Il pense maintenant qu'il a mal accompli son service, qu'il a dû faire des erreurs, s'imaginant qu'un « camouflage » réussi ou non n'aurait pas grande importance. Cet état d'indifférence vis-à-vis de son service semble augmenter. Vers le milieu de la guerre, il a la sensation d'avoir réalisé une rupture avec le monde extérieur, il lui semble qu'il va devenir fou. En outre, il était préoccupé par l'idée qu'il oubliait le peu qu'il savait : il sentait que, la guerre finie, à 40 ans passés, il serait incapable de reprendre sa profession. C'est pourquoi il se montrait si déprimé à chaque permission. En mai 1918, il ne paraît plus le même aux yeux des siens : il exprime ses inquiétudes, se montre irritable, tour à tour triste et gai, chantant puis menaçant de tout briser. En octobre il revient en permission pour 12 jours : il est aussi nerveux, mais il seconde efficacement son père dans un travail urgent.

En somme, jusqu'à présent, la conduite de notre malade est à peu près normale. Rien dans son comportement ne permettait à son entourage de soupçonner le changement profond qui s'opérait en lui. Ses sautes d'humeur pouvaient être attribuées aux fatigues de la vie militaire. Dans tous les cas son activité était en tous points satisfaisante.

C'est alors que survint une étrange aventure qui marque le début des phénomènes subjectifs. A. se trouvait à ce moment, dans la ville de L...

Laissons-lui la parole :

« Depuis quelque temps déjà, je me disais que je devenais fou. J'avais la sensation en faisant mon service que j'étais à côté. J'étais donc désorienté. Cette affaire de L... a achevé cette désorientation :

« C'était dans la maison où j'étais logé. Une jeune femme qui habitait là et avec qui j'étais sorti quelques jours avant, m'avait donné un rendez-vous. Nos deux chambres étaient contiguës. Elle est venue. Je l'ai renvoyée d'abord parce que je ne voulais plus, je ne sais pas pourquoi. Puis elle est revenue, nous avons passé la nuit ensemble. Mais il y a eu substitution de personne, à moins que la personne avec qui j'étais sorti précédemment ne

fût un homme... Je ne sais pas d'ailleurs si c'était un homme... J'ai toujours cru que c'était un être anormal, mais sans anomalie dans la figure. Je ne peux la détailler. J'ai passé deux nuits avec « elle ». La première nuit rien ne s'est passé. La deuxième j'ai eu des rapports sexuels. Ils auraient été normaux si la personne avait été normale, mais ce fut, je crois, un coït anal, imprécis, cependant je crois à l'exactitude du fait : j'en ai eu la preuve.

« Je suis sûr que cet être était anormal. Il m'a demandé : « Pourquoi es-tu si triste ? si distrait ? » Cette forme d'interrogation ne correspondait sûrement pas à ce moment de mon existence. Je cherchais à m'expliquer ces questions, je devais être déjà souffrant. Enfin cet être quitta ma chambre. J'avais d'abord pensé que j'avais eu affaire à une femme qui avait le bassin vicieux.

« Deux ou trois heures après, je suis sorti de ma chambre, j'ai fait le tour de la ville sans savoir ce que j'allais devenir. J'étais triste parce que je sentais qu'il s'était passé quelque chose de très important. Je ressentais aussi une impression d'influence étrangère à la façon bizarre dont les personnes rencontrées me regardaient, me renseignaient, et je m'en allais, triste, avec des idées de suicide. Ces idées de suicide ne pouvaient venir que de moi étant donnée la gravité du cas, mais j'avais le sentiment que les gens que je rencontrais étaient là pour moi, et savaient que j'allais passer là. »

C'est dans ces conditions que quittant brusquement L... et arrivant chez lui à Paris, sans permission, A. réalise une fugue pathologique. Sa mère le trouve tout changé : il est à la fois triste et surexcité, disant qu'il venait de faire quelque chose de formidable, qu'il allait passer en conseil de guerre. Il reste 12 h. et sur le conseil de sa mère, il retourne à L... Il en revient 8 jours après avec un bulletin d'hôpital. A P... où il est interné, il manifeste une tendance nette au refus d'aliments, on est obligé de le menacer de la sortie pour l'obliger à manger.

Enfin, paraissant amélioré, A. rentre chez lui et se remet au travail. En juin 1920, il ne dort plus, mange de moins en moins et fuit sa mère, lui disant qu'il est lépreux et qu'il ne veut pas lui transmettre sa maladie. C'est alors qu'étant sorti et passant au hasard près du lac Daumesnil, l'idée lui vint de s'y jeter. Il avoue que depuis plusieurs jours il songeait à quitter la vie. A la suite de cet incident, il fut de nouveau interné dans l'asile où nous l'avons vu.

A son entrée, il se présentait humblement, parlant à voix

basse, étouffée. Il paraissait réticent et l'interrogatoire était des plus difficiles.

Le prof. Dupré rédige en ces termes le certificat de situation, le 18 novembre 1920 :

« Est atteint de dépression psychique avec inertie, apathie, découragement, état de doute et d'indécision, idées délirantes vagues d'influence et d'auto-dépréciation avec tenance à l'auto-accusation. Le malade se reproche une certaine aventure survenue à Lille (cohabitation épisodique, une nuit ou deux avec un être dont il ne peut déterminer le sexe). Réponses imprécises, lentes. Le malade se déclare incapable de gagner sa vie, de gérer ses biens. Il se refuse à envisager l'avenir, prétend ne pouvoir indiquer comment il arrivera à suffire à ses besoins à la sortie de l'asile ».

En septembre 24, il avoue qu'il pense sans cesse à l'histoire de L... qui est pour lui un point de repère : « Je ne m'occupe pas du tout du sexe de cette personne, ce qui me préoccupe c'est qu'elle m'ait trouvé distrait et qu'elle m'ait dit avoir frappé 3 fois à ma porte. Cela ne m'intéresse plus comme fait spécial, j'ai cherché une explication, je pense que certains mots ont un sens caché et symbolique qu'il me faut trouver ».

A l'asile, A. se lève régulièrement chaque matin, ne parle à personne et passe sa journée à la bibliothèque, où il étudie la géométrie. Il recopie soigneusement en les calligraphiant des livres de science et reproduit servilement les figures. Il paraît heureux de n'avoir de contact qu'avec des malades, « des aliénés qui ne s'occupent pas de vous, chacun vivant avec son monde. »

Depuis quelque temps il refuse de voir certains amis qui lui rendaient visite. « Ils ne me fatiguent pas, ils sont gentils pour moi, *mais ils ne méritent pas à mes yeux l'effort que je dois faire pour me mettre en contact avec eux. La seule personne que j'admets est mon père.* »

Nous lui demandons pourquoi il étudie constamment la géométrie, s'il s'ennuie. « *Je n'ai jamais connu l'ennui,* répond-il, le temps ne m'a jamais paru trop long. »

— Pensez-vous que cela vous servira ?

— Oh non ! Je n'exercerai plus jamais ma profession.

— Alors pourquoi étudier ?

— Pour meubler mon esprit, si vous voulez...

« Dehors, peut-être pourrais-je vivre dans une campagne isolée, à condition de voir très peu de personnes, et que je puisse peu à peu m'adapter à elles, à condition aussi

d'avoir à faire face pour assurer mon existence au minimum d'obligations.

« Mais à Paris ! Je serais mort au bout de quelques heures : quand je suis rentré chez moi, j'ai travaillé quelques semaines, mais il n'y avait plus moyen, je ne comprenais plus ce qui m'entourait, tout dansait devant mes yeux, les objets, les gens passaient comme dans un rêve sans que je pusse établir de contact avec eux. Je verrais une auto comme celle qui passe dans la cour, je comprendrais d'abord ce que c'est, puis il y en aurait d'autres qui passeraient et repasseraient, sauteraient et danseraient devant moi, je ne reconnaitrais plus rien, je me verrais entouré d'objets et de gens incompréhensibles s'agitant en tous sens : je serais perdu. *La réalité pour moi serait une hallucination.* »

« *Pour moi, ma maladie réside dans ce fait que je suis incapable d'établir un contact durable, permanent, normal, avec le monde extérieur. Je suis à côté de la vie. Ce qui m'entoure ne parvient pas à me pénétrer, à me toucher. Cependant je n'ai pas de délire, je n'ai pas d'hallucinations, je ne me retire pas du monde par sagesse, par système philosophique. On me croit philosophe, quelle erreur ! Simplement, je pense par abstractions pour me débarrasser des choses (1). C'est très commode.* »

« Je suis arrivé au point où vous me voyez à force de me détacher de choses qui m'apparaissaient impossibles à réaliser, parce que je m'adaptais beaucoup trop lentement aux faits et aux événements. *J'admets que pour un homme d'action la difficulté pour les conquérir eût paru moindre, mais j'ai toujours été le contraire d'un homme d'action. Et*

---

(1) Sans qu'il s'agisse ici, malgré les expressions du malade de ce « rationalisme morbide », analysé par Rogues de Fursac et Minkowski (*L'Encéphale*, avril 1923), nous pensons que les considérations si fines de Mme et M. Minkowski sur les « Troubles du dynamisme mental et les phénomènes obsédants » (*Annales Médico-Psychologiques*, mai 1924) peuvent s'appliquer à notre cas qui pose le diagnostic entre psychasthénie et schizomanie. Il y a, comme chez le malade de Mme et M. Minkowski, une prépondérance des facteurs intellectuels les plus désintéressés pourrait-on dire, qui prouve un trouble profond de la personnalité. « La triade : émotivité, intelligence, volonté, ne saurait nous suffire aujourd'hui », écrivent ces auteurs. C'est bien notre avis. « L'intellectualisation » des phénomènes mentaux chez notre malade témoigne que sa personnalité « n'est plus capable d'assimiler un événement à forte charge affective » (Minkowski. *Complexes et Constitution*, mars 1925). C'est là le nœud de toute la question, l'élément dissociatif lui-même, le court-circuit de la synthèse humaine.

*cependant, j'ai su faire preuve de volonté, ne fût-ce que pour m'abstraire de la réalité qui me heurtait. »*



Qu'est-ce qu'un tel état ? Faut-il envisager la possibilité d'une mélancolie à laquelle des idées délirantes vagues d'auto-dépréciation avec tendances à l'auto-accusation, et sa tentative de suicide, pouvaient légitimement faire penser ? Nous ne le croyons pas. On ne retrouve pas chez ce malade cet état cénesthésique pénible que les mélancoliques décrivent si facilement. Et surtout, il n'y a chez lui aucun état de tristesse habituelle, aucun regret pour le passé et inquiétude pour l'avenir.

Rien dans son attitude ne trahit l'humilité, la résignation ou le désespoir. Au contraire, A. est plutôt distant, sans être orgueilleux du reste, avant tout c'est la familiarité qu'il veut éviter. Sa maladie, A. le précise lui-même avec netteté, réside entièrement dans ce fait que le monde extérieur ne le sollicite plus.

S'agira-t-il donc d'un psychasthénique ? Certes, tout enfant, A. était sujet à des obsessions sous forme de phobies survenant à la suite de lectures. Mais tout le reste de sa vie ne montre-t-il pas un comportement particulier, bien différent de celui du psychasthénique ? Le psychasthénique lutte contre l'envahissement d'une idée parasitaire qui l'arrache à l'activité, et cette lutte se traduit par un état de souffrance, d'anxiété, que nous ne retrouvons pas chez A. Cet intellectuel qui paraît manifester du goût pour l'abstraction, s'il était simplement psychasthénique, ne le verrions-nous pas aux prises avec des théories opposées, cherchant sans jamais pouvoir l'atteindre, la croyance, le critérium moral, la théorie philosophique qui le puisse tirer de l'état de doute où il se verrait douloureusement enlisé ? Ici rien de tout cela. Ne l'affirme-t-il pas ! (1). Tous les chocs affectifs qu'il a

---

(1) Nos publications antérieures (en coll. avec Borel) ont toujours visé les rapports des états schizomaniques et de la psychasthénie de Janet. Comme le demandent Mme et M. Minkowski (*loco citato*), ces études ont besoin d'être approfondies.

subis, ont paru détacher notre malade de la réalité, progressivement, sans provoquer de souffrance. Ils n'ont fait qu'accentuer la direction générale de son être affectif. Le psychasthénique éprouve le besoin d'être dirigé. A. paraît avoir subi sans satisfaction la tutelle, pourtant douce, de son père. Les malades de Janet, malgré tous leurs efforts, ne peuvent pas s'adapter à l'ambiance, notre sujet ne le veut à aucun prix. Il n'empêche que le caractère *volontaire* de cet état marque peut-être à la base une impuissance foncière à prendre contact avec le monde extérieur, impuissance tantôt constitutionnelle, tantôt consécutive à un choc affectif plus ou moins éloigné, pouvant remonter à l'enfance et dans notre cas il se peut qu'un complexe paternel (tutelle exclusive) ait eu une certaine influence sur les tendances du sujet.

La chose essentielle — et qui ne songe comme nous à discuter l'hypothèse d'une démence précoce hébéphrénocatatonique — c'est que notre malade n'a subi aucun déficit intellectuel. Interrogé en juin 1924, A. est lucide, conscient de sa situation. L'attention volontaire et spontanée est absolument normale, la mémoire est parfaitement conservée. L'association des idées se fait avec logique. Il en est de même pour les jugements portés sur les personnes et les choses. La lenteur de l'idéation notée il y a quelques mois, paraît avoir disparu. Il nous a semblé que non seulement ce malade ne présente pas d'affaiblissement intellectuel, mais qu'il peut donner des preuves d'une activité mentale efficace. D'ailleurs, ne se livre-t-il pas à des occupations qui témoignent d'une parfaite intégrité intellectuelle ? Jamais nous n'avons observé d'une manière habituelle d'attitudes singulières ou de phénomènes cataleptiques, aucune excitation avec ce bavardage, cette pseudo-manie, ces mouvements stéréotypés, ces rires inconsidérés, ces grimaces, ces idées délirantes vagues qui caractérisent la démence précoce (hébéphrénocatatonie). Les idées d'influence passagères et la fugue pathologique n'ont été qu'un épisode greffé sur un état déjà ancien, se déroulant à bas bruit. Au sujet de son apparence d'indifférence,

d'inertie, d'apathie présentée à l'entrée, le malade nous avoue lui-même qu'il se montrait volontairement désagréable, afin d'écarter tout commerce avec l'ambiance. (Léger élément de bouderie). Nous ne nous dissimulons pas qu'il soit très difficile de convaincre les auteurs qui ne voudraient voir dans ce cas qu'une démence précoce fruste, atténuée, à marche lente. Et cependant, l'absence d'indifférence vraie, d'aucun signe de discordance intellectuelle si minime soit-elle, d'évolution démentielle malgré la longue durée de l'internement, marque dans la série des symptômes négatifs, une sérieuse différence avec la D. P. vraie.

Voyons de plus près les signes positifs qui nous serviront à découvrir chez notre malade une constitution spéciale. Tout jeune, il se souvient que jouant aux cartes, son esprit avait peine à s'adapter aux phases rapides du jeu. Il continuait cependant à jouer pour rester avec ses amis, mais sans cesser de perdre. Ne peut-on imaginer que si la partie avait dû se prolonger il serait venu un moment où, la fatigue rendant soudain impossible cet effort continu d'adaptation, non seulement A. aurait continué à perdre, mais encore serait devenu incapable de tenir correctement sa place, et brusquement, dans un désir de détente, aurait laissé tomber les cartes de ses mains ? Ne peut-on formuler une hypothèse et toute sa vie n'évoque-t-elle pas l'image d'un joueur qui ne manie ses cartes que contraint et forcé, l'esprit ailleurs ? Mais de cette incapacité à tenir sa place dans la vie, il ne souffre pas. C'est *par préférence* qu'il s'est réfugié dans la vie intérieure. Il n'a aucun regret d'avoir interrompu la partie (une partie qui ne l'intéressait pas) et il ne redoute qu'une chose : c'est d'être condamné à la reprendre.

Interné une première fois, il s'améliore, s'adaptant aisément à la vie végétative de l'asile. Il sort et il suffit qu'il se retrouve face à face avec la vie réelle pour qu'au bout de quelques semaines, sans accident intercurrent, il se retrouve à nouveau désorienté. Et



c'est alors la tentative de suicide. Comment l'interpréter ? Est-ce pour échapper à une douleur morale, comme le mélancolique qui fuit son chagrin, comme le psychasthénique désespéré de ne pouvoir appréhender un univers qui se dérobe éternellement ? Non pas : tout l'être affectif de notre malade se détache de cette vie active, de cette nécessité d'adaptation incessante et quotidienne. La rupture avec l'ambiance est telle, qu'elle lui devient incompréhensible. Mais s'abstraire entièrement de ce qui vous entoure, est incompatible avec les nécessités qu'impose la vie sociale. Il faut coûte que coûte résoudre cette contradiction. C'est alors, au hasard d'une sortie, la vue du lac Daumesnil qui suggère à notre malade une solution possible : la mort. Il est un incident qui prouve combien le mobile de ce suicide était éloigné de ceux qui poussent des mélancoliques ou des psychasthéniques à rechercher la même issue : Interné à St-M., comme il s'alimente difficilement, il suffit de le menacer de la sortie pour le décider à manger. Il consent à vivre, à condition de pouvoir rester « à côté de la vie », de ne plus être remis au sein d'un monde « qui lui apparaît comme une hallucination » et à l'asile, l'effort d'adaptation est réduit au minimum. Il peut vivre en « pensant par abstraction, pour se débarrasser des choses ».

En somme, nous trouvons d'une part une activité intellectuelle intacte, d'autre part, une activité pragmatique profondément troublée. C'est à la suite d'une lente évolution que la discordance entre ces deux modes d'activité s'est révélée ; l'auto-analyse du malade montre bien que depuis l'enfance le désaccord se manifestait par la tension qu'exigeait pour lui le contact avec la réalité. A. a toujours présenté une constitution schizoïde. Les heurts successifs de l'existence n'ont fait qu'exagérer une tendance innée et ouvrir la voie à des manifestations pathologiques qui, malgré leur apparence d'accidents primitifs, n'apparaissent plus que comme phénomènes secondaires.

Qu'est-ce en effet que cette aventure de L... qui

semble avoir marqué le début de l'ère pathologique pour notre malade ? Le récit qu'il nous en fait, n'est-il pas la réminiscence d'une crise d'exaltation confusionnelle survenue à un moment où (comme il l'indique lui-même) existait déjà une rupture importante entre son affectivité et la réalité extérieure ? Il est fort probable qu'il ne se soit rien passé d'étrange dans cette chambre de L... et que tout le drame se soit uniquement joué dans le psychisme de A. Soustrait à l'ambiance, mais peut-être pas complètement, par à-coups en quelque sorte, celle-ci lui devenait bizarre, impossible à interpréter, tel un film de cinéma qui serait projeté sans sous-titre et avec des coupures importantes.

Il se peut que l'existence d'un complexe affectif ait accentué l'évolution de ce schizoïde vers la schizomanie. Une psycho-analyse nous révélerait peut-être quelque complexe freudien d'origine familiale (en relation par exemple avec l'éducation reçue, le divorce de ses parents, avec la base sexuelle de son délire de L...). Mais la psycho-analyse est impossible à tenter avec un tel malade, fixé depuis longtemps dans son état, et qui, de plus, ne veut pas guérir.



En somme, sans reprendre en détail les formules de notre malade pourtant si expressives, on voit qu'elles traduisent toujours le même désir de vivre d'une vie monotone et régulière, à l'abri des hommes et des vicissitudes de l'existence. Notre architecte construit dans l'espace, non qu'il élabore des édifices irréalisables, ses plans sont corrects et pourraient donner lieu à d'intéressantes réalisations. Mais il lui suffit de concevoir. Réaliser ? A quoi bon ? Il a rompu les ponts avec l'ambiance. C'est un schizomane.

Nous l'avons déjà dit. Nul orgueil, nul dédain dans son attitude. S'il est distant, c'est pour éviter la familiarité, mais il est au fond un modeste. C'est un schizomane simple. Il ne doute pas de tout. Il n'a pas sur

la certitude et la vérité des doctrines philosophiques qui en feraient un *sceptique*... ou un *sage*.

Aucune destinée ne pèse sur lui. Loin d'être un résigné, il a choisi son sort. L'inquiétude qu'il témoigne à la seule idée d'une sortie, loin des murs de l'asile, prouve qu'il n'a pas non plus une *sérénité* à toute épreuve.

Il n'est pas *déprimé*, à moins qu'on ne veuille faire courir cette dépression sur toute la longueur de sa vie. Il fait normalement le peu qu'il fait. Un déprimé n'accomplit qu'avec lassitude la plus simple besogne.

Il n'a aucun sujet de *tristesse*. Il n'a pas de grandes joies, il n'a aucune peine. Il ne s'*ennuie* pas, puisqu'il mène la vie de son choix. Il se dit incapable de s'ennuyer. Du reste, il n'est jamais inactif. Même à un degré très atténué, il n'a pas non plus cet ennui vague, sans cause, qu'on appelle le *spleen*. Loin d'éprouver le *tædium vitæ*, qui complique souvent le spleen, il aime sa vie, celle-là et pas une autre.

Il ne vous dira pas non plus qu'il est heureux. Il vous dira seulement qu'il vit, et chacun de ses propos, chacun de ses actes ne nous paraîtra pas anormal *en soi*, mais par rapport à nous-mêmes, à notre activité, à l'époque où nous vivons.

Tel est le schizomane simple, et l'existence clinique de ce type permet de saisir à l'état pur la tendance schizomaniacale sans élément surajouté habituel. Alors que, chez certains « rêveurs éveillés », les désordres imaginatifs sont si importants qu'ils remplissent le tableau clinique, la notion de schizomanie simple les réduit à leur vrai rôle : celui de symptômes secondaires, de même pour la bouderie et la cyclothymie. Cette forme clinique a le mérite d'empêcher de juger les choses du *dehors* et d'accorder une injuste valeur à des symptômes d'ordre réactionnel qui ne sont à tout prendre, selon l'expression de Maeder (1), que des moyens dont se sert la défense psy-

---

(1) MAEDER. — Régulation psychique et guérison. *Archives suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, vol. XVI, fasc. 2, 1925.

chique, au même titre que la fuite, la honte, le dégoût, l'insensibilité, l'attitude de désintérêt, le masque de froideur, etc... Le schizomane simple ne fait appel à aucun mécanisme de « compensation » (1). Il est à lui-même sa propre compensation.

De même qu'on trouve toujours, dans les formes hébéphréniques, catatoniques, ou paranoïaques de la D. P., les signes primaires sous-jacents de la forme simple, de même la rêverie, la bouderie, les paroxysmes intermittents présupposent le trait psychologique essentiel avec quoi se confond la schizomanie simple : à savoir la tendance à se libérer du monde extérieur, pour vivre d'une vie intérieure *désintéressée*, c'est-à-dire sans mobile d'ordre pratique, la *préférence* avouée, reconnue, pour un mode de pensée intime et volontaire, sans prise de contact direct avec l'ambiance. La schizomanie simple devient ainsi la *toile de fond indispensable* et, que le rêveur l'enrichisse de broderies ou que le boudeur rageusement la déchire, le symptôme cardinal existe à la base. Autrement dit, pour nous servir d'une autre image, si l'on veut parler pour ces sujets de vie claustrale, c'est toujours une cellule qu'ils habitent. Mais le rêveur ornera de fresques les murs de la sienne, le boudeur fermera violemment sa porte au nez des importuns, le schizomane simple se contentera d'une cellule aux murailles nues, sans ornements. Cependant, il recevra ses voisins avec politesse, et quelquefois avec amabilité, mais sans nouer de relations à proprement parler.

Il devient dès lors très facile, d'après ces considérations, de reconnaître d'ores et déjà, dans la schizomane, plusieurs formes cliniques :

1° La *schizomanie simple* (Claude et Robin), avec les caractères que nous venons de lui assigner.

2° La *rêverie* (Heuyer, Borel et Robin), où se trouve réalisée la tendance à la rêverie, et où l'activité imaginative donne lieu à la création d'un monde fictif, dans

---

(1) CLAUDE et MONTASSUT. — La compensation idéo-affective. *L'Encéphale*, sept.-oct. 1925.

lequel, par une dilection spéciale, se complaisent les sujets. L'un de nous, avec Borel, leur a donné le nom de « *Rêveurs éveillés* » (1).

3° La *bouderie* (Borel) (2), évoluant chez les schizoïdes « entêtés » et « irritables ». La bouderie, réaction passagère chez les normaux, devient ici une « fixation définitive ». Le boudeur perd « volontairement » contact avec l'ambiance et « se concentre rageusement sur le sujet de son mécontentement ». Les caractères de la bouderie morbide ont été décrits avec beaucoup de pénétration par Borel.

Enfin, l'un de nous (H. Claude), a insisté à plusieurs reprises (3) sur l'adjonction d'un *état cyclothymique* (fonction lui-même peut-être d'un trouble neuro-végétatif), qui ne constitue pas une variété à part de schizomanie, puisque nous le voyons compliquer indifféremment n'importe quelle forme de schizomanie, mais qui apporte un facteur de désordre dans le comportement de ces schizomanes habituels ; ce facteur a toutefois son importance, car c'est au cours de la crise schizomaniacale que le comportement d'apparence normal du sujet s'extériorise et prend son véritable caractère pathologique, suivant une formule toujours identique à elle-même. Avec les schizomates simples, les rêveurs et les boudeurs, tous sujets plus ou moins livrés à des éléments schizothymiques surajoutés, nous n'épuisons pas les formes possibles de schizomanie. Les rapports des émotions avec certaines formes psychiques rangées encore sous le nom d'hystérie (Claude) (4) et avec certains cas de manie atypique

(1) BOREL et ROBIN. — *Les Rêveurs éveillés*, 1 vol. *Les Documents bleus*, n° 20. Librairie Gallimard.

(2) BOREL. — *Loco citato*.

(3) CLAUDE. — *Hystérie et Schizoidie. La Pratique médicale française*, oct. 1924.

H. CLAUDE, MINKOWSKI et TISON. — Contribution à l'étude des mécanismes schizophréniques. *L'Encéphale*, janvier 1925.

H. CLAUDE. — Démence précoce et schizophrénie. *Paris-Médical*, 17 oct. 1925.

(4) H. CLAUDE. — *Hystérie et Schizoidie. La Pratique médicale française*, oct. 1924.

(Claude et Robin) (1) sollicitent de nouvelles études qui nous permettront sans doute d'apporter d'autres lumières sur la notion féconde de schizomanie, fille elle-même des idées bleulériennes.

## DISCUSSION

M. DUPAIN demande quel a été le motif de l'internement. Tel que ce malade se présente, s'il se plaît si bien à l'asile, il aurait pu entrer dans un monastère. On pourrait trouver là des cas analogues.

M. Gilbert ROBIN. — Ce malade est entré à l'asile à la suite d'une fugue militaire et après avoir failli se jeter dans le lac Daumesnil.

M. TRÉNEL signale que des cas de ce genre se retrouvent dans l'histoire et en rappelle un relaté par Saint-Simon.

Les Bouddhistes en réalisent une vaste expérience.

M. Henri CLAUDE. — Nous sommes persuadés qu'il y a de par le monde des quantités de gens semblables à ceux que nous décrivons ainsi. Ce sont des cas limites et qui ne paraissent pas à l'asile tant que ne s'est produit aucun épisode.

## Un faux rêve prémonitoire

Par MM. DADAY, X. ABÉLY et BAUER

L'étude des phénomènes supranormaux ou métapsychiques prend de plus en plus une allure scientifique. Parmi ceux-ci, les faits classés par le Professeur Ch. Richet sous la dénomination de métapsychie subjective, ou de cryptesthésie, sont ceux qui heurtent le moins nos connaissances actuelles. Ce sont les phénomènes de télépathie, de monition et de prémonition. Il ne serait pas sans intérêt, croyons-nous, que la

(1) CLAUDE et ROBIN. — Considérations sur le symptôme des réponses à côté. *L'Encéph.*, sept.-oct. 1924.

science psychiatrique apportât ses lumières à l'étude de ces faits. Nous avons pu récemment observer un cas de monition et de prémonition — qui n'étaient en réalité qu'une pseudo-monition et qu'une pseudo-prémonition. C'est ce cas que nous avons cru intéressant de rapporter, en montrant précisément comment l'analyse clinique permettait une explication toute naturelle :

Il est nécessaire de spécifier d'abord que le sujet, Mme R..., personne intelligente et qui s'observe fort bien, est parfaitement sincère. Les faits ont été confirmés par le mari : savant ingénieur, esprit essentiellement pratique et sceptique, inaccessible au mysticisme.

Mme R. prévoit, dit-elle, la mort des personnes qui lui sont chères ; et, à l'heure même de cette mort, lorsqu'elle se produit en un lieu éloigné, elle en a une vision très exacte.

Elle a vu dans un rêve la fin de sa mère et de son père, auxquelles elle n'assistait pas. La prévision de la mort du père est particulièrement intéressante : dans un rêve, elle l'a aperçu étendu à terre, près d'un massif de verdure, dans ses habits de travail. Or, à ce même moment, le père était frappé en effet d'une attaque d'apoplexie, alors qu'il était en train de travailler son jardin. Ce rêve, bien que curieux dans sa précision, n'est pas aussi mystérieux qu'il pourrait sembler d'abord. L'explication qu'en donne le mari de notre voyante est très acceptable : Mme R. savait que son père était malade et pouvait mourir subitement d'une attaque. Mme R. a pu réaliser en rêve, ainsi qu'il est fréquent, le douloureux événement dont elle avait la crainte. Ce cauchemar s'est certainement répété plusieurs fois. Une coïncidence entre le décès et le rêve était donc fort possible.

Mais il n'en est plus de même pour le dernier rêve prémonitoire ; celui que nous avons pu étudier. Ici la concordance entre la vision et la mort d'une personne chère n'est plus discutable et ne saurait être fortuite. Voici les faits :

Mme R., à la fin de l'été dernier, faisait un séjour

à la campagne, près de Crécy. Sa sœur, qui habitait Paris, était, à ce moment, dans un état parfait de santé et Mme R. ne pouvait avoir aucune inquiétude à son sujet. Or cette sœur fut prise brusquement d'une crise d'appendicite, suivie de perforation, et mourut très rapidement dans un hôpital parisien. La maladie et la mort avaient été si soudaines que Mme R. n'avait pu être prévenue. Par une curieuse et fâcheuse coïncidence, elle regagnait Paris à ce même moment, et le télégramme annonçant le décès (et contenant ces simples mots : « Sœur décédée »), courait après elle et lui parvenait à Paris, aussitôt après son retour, mais avec deux jours de retard. Or Mme R. affirme avec une sincérité absolue les faits suivants : Durant les derniers jours de sa villégiature à Crécy, elle était hantée par la crainte de l'arrivée d'un télégramme, dont le contenu se précisa peu à peu à tel point qu'elle finit par lire, en une sorte de vision mentale, les mots fatidiques : « Sœur décédée » (concordant exactement avec ceux du télégramme réellement reçu quelques jours après). Enfin, un soir, au crépuscule, tandis qu'elle rêvassait, tout en brochant, elle eut une vision très nette : elle vit une ombre qui s'approchait, d'abord assez indistincte, puis qui se précisa parfaitement et dans laquelle elle reconnut, sans doute possible, sa sœur. Le visage de sa sœur était empreint d'une grande tristesse. Derrière elle apparurent alors le père et la mère déjà morts. Ils pleuraient. La sœur fit signe qu'elle était maintenant auprès d'eux. De plus, elle fit comprendre, par des gestes et par quelques paroles, que, si Mme R. voulait sauver son âme, elle devait aller à l'église.

Pour comprendre cette dernière partie de la vision, il faut savoir que le mari de Mme R. est un ardent libre penseur, qui ne voulut pas accepter, lors de leur union, il y a dix-huit ans, le mariage religieux. Mme R., qui a des tendances pieuses, a toujours été hantée par le remords de son mariage purement civil et a toujours demandé à son mari, mais en vain, de faire bénir leur union par un prêtre.



Il faut ajouter que, d'après le récit de Mme R., cette vision peut être fixée à l'heure même du décès de sa sœur.

Un point est important : notre voyante précise de façon formelle la localisation dans le temps de sa vision. Elle proteste si l'on émet des doutes sur l'antériorité de ce rêve par rapport à la mort de la sœur. Elle fournit un argument qui paraît probant : dans sa rêverie, dit-elle, elle n'avait pas perdu la notion du milieu, c'est-à-dire des sensations visuelles de l'état de veille. Le cadre était bien la chambre de Crécy et le paysage d'alentour, vu par la fenêtre. C'est sur ce fond bien connu, bien réel que se détachaient les personnages de la vision. Il ne peut y avoir pour elle le moindre doute sur ce point. C'est ce qui lui permet de localiser exactement la vision dans le temps et dans l'espace et d'affirmer qu'elle a bien eu lieu avant le retour à Paris. Elle effectue donc, apparemment, la localisation du souvenir à la manière des gens normaux, à l'aide d'un point de repère saillant. Elle relie même le moment de cette rêverie à l'annonce officielle de la douloureuse nouvelle en suivant toute la série des événements intermédiaires dont elle a gardé le souvenir, préparatifs du départ, voyage vers Paris, retour au domicile parisien. Il y a là en somme toute l'apparence d'un phénomène supra-normal de monition et de prémonition de mort.

Un seul point pouvait laisser subsister quelque scepticisme : le premier récit de la vision n'a été fait au mari que deux jours après la nouvelle du décès de la sœur. Mais à cette objection la malade répond très logiquement : Elle était en villégiature à Crécy, tandis que son mari exerçait sa profession à Paris ; elle ne pouvait donc lui raconter le rêve qu'à son retour. Elle craignait, d'autre part, ses moqueries et ses réprimandes. Et, de fait, lorsqu'elle lui en fit le récit, il la pria de ne plus reparler de cette absurde histoire. Ce premier récit fut fait d'ailleurs dans un état de lucidité apparente parfaite et d'excellente santé mentale. Le mari, cependant, avait été frappé de cette nouvelle

prémonition. Presque aussitôt après, une parente qui avait vue la sœur sur son lit de mort, vint lui rendre visite. En présence de son mari, Mme R. rappela alors sa vision récente et donna des détails précis qu'elle ne pouvait connaître, décrivant notamment les vêtements que portait la sœur dans le rêve. La parente ne put que confirmer que c'étaient exactement les vêtements dont était revêtue la morte. Cette concordance impressionna le mari. En réalité, elle est moins mystérieuse qu'on le croirait d'abord, car Mme R. connaissait très bien la garde-robe de sa sœur. Quoi qu'il en soit, le mari, qui affectait toujours un scepticisme systématique, fut cependant assez ébranlé pour permettre depuis à sa femme ce qu'il lui refusait depuis dix-huit ans : le mariage religieux.

Il s'agissait donc bien, apparemment, d'un phénomène métapsychique classique et des plus nets. Les métapsychistes l'auraient sans doute expliqué par la cryptesthésie de Mme R., c'est-à-dire une sensibilité particulière, une faculté spéciale de connaissance de certains sujets, qui leur permet de connaître des phénomènes éloignés dans le temps ou dans l'espace, grâce à la perception de vibrations spéciales.

Malheureusement, le tableau de cette observation est à deux faces. Nous venons de décrire la face métapsychique. Nous devons décrire maintenant la face psychiatrique.

La nouvelle brusque du décès de sa sœur a provoqué chez Mme R. une émotion très vive. Pendant les jours suivants, elle restait triste, ne dormait pas très bien. Cependant, elle accomplissait régulièrement les travaux du ménage et ne se montrait pas plus déprimée qu'on ne l'est d'ordinaire à la suite d'un deuil de famille. Pour le mari, pour l'entourage, l'état mental était normal et le récit de la vision, fait à cette époque, paraissait d'autant plus vraisemblable. Huit jours après le choc émotionnel, au cours de la nuit, Mme R. s'agite, se lève, reproche à son mari son incrédulité, se met à prier. Le lendemain, elle était entièrement lucide. Mais, pendant la nuit suivante, elle est de nouveau

anxieuse, égarée ; l'agitation est plus vive. Un médecin voit la malade et conseille l'internement. Mme R. est placée à Charēnton. Nous pouvons constater alors que cette dame est tout simplement atteinte de confusion mentale modérée, avec délire onirique nocturne. L'onirisme n'apparaît qu'au crépuscule ; la malade est à ce moment complètement désorientée, anxieuse, agitée. Le délire est pénible, à contenu surtout mystique. Cet onirisme cesse au réveil. Mme R. est alors calme, bien orientée, répondant correctement aux questions posées. Elle garde un souvenir partiel de ses visions nocturnes. Elle a conscience de son état pathologique, elle se reconnaît très fatiguée. En ce moment on peut obtenir d'elle un récit détaillé de sa fameuse vision prémonitoire. Elle en discute même la valeur, la date, la réalité. Elle est, en apparence, presque normale. Un examen un peu plus attentif permet de constater que, même dans la journée, persiste un état modéré de confusion mentale. La perception du monde extérieur n'a pas toute la netteté habituelle. La malade reste hantée par les visions pénibles de la nuit. Elle présente surtout des troubles de la mémoire : elle retrouve difficilement la date d'événements importants de sa vie ; le souvenir des faits récents est mal fixé ; elle ne peut préciser le temps écoulé depuis la mort de sa sœur. On peut donc constater chez Mme R. un certain degré d'amnésie rétrograde et antérograde.

Dès lors, il nous a été facile de réduire la prétendue vision prémonitoire à sa valeur réelle : il s'agissait en réalité d'une scène onirique postérieure au décès de la sœur, mais localisée à une époque antérieure, en raison du trouble dysmnésique. Nous avons pu établir des preuves directes de ce trouble de localisation dans le temps. Les hallucinations oniriques que nous avons pu constater depuis l'entrée de la malade sont elles aussi rejetées dans le passé. Un certain nombre même de ces hallucinations sont agrégées au grand rêve primitif, localisées à la même date et au même lieu. C'est ainsi que la pseudo-vision prémonitoire s'enrichit peu à peu de scènes nouvelles et que nous assistons à cet enrichis-

sement. Enfin nous avons pu déceler chez notre malade un phénomène paramnésique qui a quelque ressemblance : le phénomène du déjà vu. Les événements réels qui se déroulent actuellement, elle les a déjà vus en rêve, prévus par conséquent. Son internement, son traitement, les faits journaliers du service, elle les connaissait par avance. Nous ferons remarquer que le trouble mnésique qui caractérise la vision prémonitoire proprement dite, est intéressant à rapprocher du déjà vu, mais ne saurait lui être assimilée. Il reste tout d'abord cantonné dans le domaine du rêve. De plus, dans le phénomène du déjà vu, l'état de conscience présent est comparé et identifié à un état passé, mais est toujours considéré comme un état réel et actuel. Dans notre pseudoprémonition, la vision onirique présente n'est pas identifiée à un état antérieur ; elle est considérée comme inexistante actuellement et simplement rejetée dans le passé. Il s'agit en somme d'un simple trouble de localisation dans le temps, favorisé par une certaine imprécision des sensations réelles actuelles.

On peut cependant se demander encore pourquoi la malade a rejeté dans le passé et dans un passé bien déterminé la scène onirique. L'explication qu'en donne Mme R. elle-même est très satisfaisante : la vision de la sœur et des parents morts était associée à la vision de l'appartement de Crécy qu'elle a habité à une époque facilement localisable dans le temps, antérieure au retour à Paris, antérieure au décès de la sœur. Le raisonnement de la malade n'est en défaut que sur un point, mais essentiel ; c'est que le paysage de Crécy n'est lui-même qu'un tableau onirique. Il est cependant curieux de constater que Mme R. fait une distinction entre les personnages de la vision et le fond sur lequel ils sont apparus.

Actuellement très améliorée, elle admet que les personnages étaient des êtres de rêve, tandis qu'elle se refuse encore à reconnaître l'irréalité du cadre, de sorte qu'elle accorde toujours à son rêve la valeur d'une prémonition. Pourquoi cette différence ? Tout d'abord parce que la réalité actuelle est encore un peu

nébuleuse et ne se distingue pas assez nettement encore d'un tableau onirique aussi vif, aussi connu et précis que celui de Crécý. Mais de plus, parce que les facultés logiques de la malade se sont emparées du rêve, l'ont analysé et ont reconnu plus vraisemblable la vision d'un paysage habituel que celle de personnages morts.

Nous avons essayé de pousser plus loin l'explication, en recherchant pourquoi le cadre de Crécý qui localise la vision, était associé, dans la vision onirique, à une douloureuse scène de mort. On se rappelle que cette scène était déjà liée à un sentiment très pénible pour la malade et qui avait été le chagrin de toute sa vie : l'absence de mariage religieux. Il y avait donc un facteur affectif évident qui constituait le ciment de toute la vision et qu'il fallait retrouver. La malade elle-même nous a fourni l'explication cherchée : le souvenir de Crécý est associé en elle à un état affectif très pénible. La malade passait les vacances dans ce village dans l'intérêt de la santé de son fils, mais à contre-cœur. Elle vivait seule avec son enfant dans une maison complètement isolée. Mme R., émotive, peureuse, était en proie pendant tout son séjour à une frayeur constante des cambrioleurs, et parfois même à une angoisse très vive. Parler de Crécý lui est encore particulièrement douloureux. D'où l'agrégation de cet état affectif pénible aux autres états affectifs de même nuance du rêve. Ici, comme toujours, l'activité onirique se joue du temps et de l'ordre chronologique des événements, et ne réunit les faits que d'après leurs affinités affectives. Nous avons pu ainsi, sans nous inspirer des tendances psychanalytiques, faire une analyse assez complète d'un rêve intéressant.

En somme, la prétendue vision prémonitoire a été conditionnée par un état confusionnel onirique, déclanché chez une prédisposée par une vive émotion. On ne s'étonnera plus de la concordance de cette pseudo-prémonition et du décès de la sœur. Il suffit de constater que le trouble paramnésique de localisation dans le temps, qui relève de la confusion men-

tale, a rejeté la scène onirique postérieure à l'événement douloureux à une époque antérieure. On peut se demander si dans tous les autres cas où Mme R. a accusé une monition de mort, une explication analogue n'est pas plausible. C'est en effet à l'occasion du décès d'un des siens, c'est-à-dire d'un événement particulièrement émotionnant, susceptible de créer un état confusionnel, que notre malade a présenté les pseudo-phénomènes métaphysiques.

On peut même supposer dans d'autres cas de télépathie prétendue un mécanisme analogue de troubles paramnésiques, au cours d'une confusion émotive atténuée, ne pourrait pas être invoqué. Il est des cas en effet, où la concordance des faits réels et de la prémonition est si précise et si détaillée, qu'on ne saurait l'expliquer par une simple coïncidence fortuite.

En présentant cette observation, nous n'avons pas eu la prétention de nier la possibilité des phénomènes métapsychiques, pas même de généraliser un mécanisme pathogénique qui ne vaut peut-être que pour notre cas. Nous avons voulu simplement montrer avec quel esprit critique il faut examiner ces faits et comment la science psychiatrique pourrait peut-être les éclairer.

La séance est levée à 18 heures.

*Pour le secrétaire des séances :*

René CHARPENTIER.

---

# ASSOCIATION MUTUELLE

## DES

### MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

---

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 25 MAI 1925

*Présidence de M. Cullerre, Président*

L'Assemblée Générale s'est tenue à 15 heures, rue de Seine, 12.

S'étaient fait excuser : MM. Alaize, Brissot, Schützenberger, Sizaret.

Le Président donne la parole au secrétaire M. Guiraud.

M. GUIRAUD. — Messieurs, à chaque Assemblée Générale annuelle nous avons à regretter la perte de plusieurs membres de l'Association Mutuelle. Cette année ont disparu Charles Vallon et Gaston Lalanne, Membres fondateurs, Bellat et Saquet, Sociétaires.

Charles Vallon était une des figures les plus connues et les plus sympathiques parmi les aliénistes et les médecins légistes. Il continuait dignement la lignée ininterrompue des grands psychiatres qui par leur science, leur autorité et leur conscience ont fini par imposer à la Justice et à l'Opinion publique l'obligation de compter avec notre spécialité.

Né en 1853, interne à l'Asile Sainte-Anne, puis Chef de clinique, Vallon fut nommé médecin-chef en 1885 ; en 1889 il entra à la Société de Médecine légale. Depuis lors il parcourut sa longue et laborieuse carrière de clinicien et de médecin légiste interrompue seulement par une grave maladie consécutive à une blessure reçue d'un aliéné. Membre de toutes les Sociétés Savantes, il devint Président de la Société Médico-Psychologique, de la Société de Psychiatrie, de Médecine légale, de l'Amicale. Il fut également président du Congrès des Aliénistes et Neurologis-

tes et l'année dernière du Congrès de Médecine légale. Il était membre du Conseil de notre Association.

Vallon avait acquis une autorité incontestée au point de vue médico-légal et déontologique. Les grands traités de Gilbert Ballet et de Sergent ont eu recours à lui pour fixer les règles de l'expertise psychiatrique. Quoique très absorbé par sa double activité, Vallon avait encore trouvé du temps pour présider efficacement l'Amicale ; il a fait beaucoup pour améliorer notre situation morale et matérielle.

Pendant la guerre son dévouement fut extrême. Expert au Val-de-Grâce et près les Conseils de Guerre de Paris, il mena à bien ses difficiles et absorbantes fonctions avec une assiduité et une conscience imperturbables. Le grade de Médecin Principal et la rosette d'Officier de la Légion d'Honneur indiquent combien justement ses services furent appréciés.

Le naturel et la franchise étaient les caractéristiques de Vallon. Ils frappaient sur sa physionomie ferme et vigoureuse, avec, vers la fin de sa vie, une certaine expression de tristesse. Dédaigneux du maniérisme et de la phraséologie, Vallon allait droit au but en paroles nettes et claires. A ceux qui sont trop habitués aux conventions et au vernis mondain il pouvait paraître parfois brusque et franc à l'excès parce que sa bonté était de qualité virile et sa droiture inébranlable.

Le Docteur Gaston Lalanne, décédé à l'âge de 63 ans, était membre fondateur de notre association. Depuis longtemps il dirigeait la Maison de Santé de Castel-D'Audort si connue dans la région bordelaise. Son dévouement, sa douceur discrète, son cœur indulgent et généreux étaient unanimement appréciés.

Lalanne a laissé des travaux psychiatrique qui resteront, en particulier son importante monographie sur les « persécutés mélancoliques ». Elle contient des constatations cliniques dont on doit nécessairement tenir compte pour la révision des délires systématiques, question d'actualité. Comme beaucoup de collègues, Lalanne ne s'intéressait pas exclusivement à la Médecine Mentale ; il s'occupait beaucoup d'archéologie et de préhistoire et a fait dans cette science des trouvailles capitales. Il est curieux de constater combien une large culture peut provoquer des rapprochements inattendus qui éclairent notre spécialité. On sait



les frappantes analogies entre la pensée des délirants et celle des Sociétés primitives. L'anthropologie dans la plus large acception du mot a toujours été une des bases de la Science psychiatrique.

Des deux membres sociétaires dont nous regrettons la perte, l'un avait terminé depuis quelques années déjà sa longue carrière, l'autre la commençait à peine.

Le Dr Bellat est décédé le 25 décembre 1924, à l'âge de 75 ans. Il était resté médecin-directeur de l'Asile de Breuty-la-Couronne pendant près de 25 ans. Toutes ses préoccupations, toute son activité étaient pour ses malades et son Asile. On n'a pas assez rendu justice aux médecins-directeurs de province qui grâce à leur prudence et à leur adresse administrative, malgré des prix de journée presque invariables de 1838 à 1914, sont arrivés à perfectionner et à embellir leur Asile. C'est ce que Bellat avait fait à Breuty. L'alimentation en eau pure avait été assurée, l'éclairage électrique organisé à peu de frais par l'utilisation d'une chute d'eau voisine, des pavillons neufs avaient été bien aménagés, une belle plantation de sapins avait heureusement transformé un terrain inculte à côté de l'Asile. Esprit délicat et distingué Bellat a été très regretté de ses amis et de tous ses collaborateurs. Il était Officier de l'Instruction Publique et du Mérite agricole.

Le Dr René Saquet est décédé le 19 novembre 1924. Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes, reçu au concours des Asiles en 1920, il fut nommé d'abord à La Rochelle. Une maladie grave le força à prendre un congé. Installé ensuite à Blanche-Couronne où le département de la Loire-Inférieure fait construire un Asile public, Saquet s'occupa d'élaborer un plan du futur Asile et de diriger les malades travailleurs. Une aggravation de la maladie dont il était atteint depuis en enfance vint interrompre son activité. Il la supporta avec un doux stoïcisme et mourut à 35 ans.

Depuis notre dernière Assemblée Générale de nouvelles adhésions ont augmenté le nombre des Membres Sociétaires. Nous sommes heureux de souhaiter la bienvenue à MM. Robin, Deschamps, Lauzier, Merland, Ceillier.

M. DUPAIN, Trésorier. — Messieurs, voici l'exposé financier de l'exercice de l'année 1924 :

### RECETTES DE L'ANNÉE 1924

Encaisse en deniers du Trésorier au 1 <sup>er</sup> janvier 1924 .....	304 87
Subvention du Conseil général de la Seine...	1.000 »
Souscriptiôns d'asiles .....	2.363 75
Cotisations des membres de l'Association.....	2.985 »
Solde créditeur au Compte Courant du Crédit Foncier au 1 <sup>er</sup> janvier 1924 .....	11.850 53
Revenus des rentes et titres en dépôt au Crédit Foncier .....	7.576 03
Intérêts des fonds en dépôt au Crédit Foncier.	26 05
<b>Total .....</b>	<b>26.106 23</b>

### DÉPENSES DE L'ANNÉE 1924

Secours distribués .....	11.350 »
Frais de Trésorerie et de Secrétariat .....	406 95
Achat de 4 obligations P.-L.-M. ....	1.148 30
Achat de 2 Bons décennaux du Trésor 5 0/0 1924 .....	2.000 »
Souscription à 6 Bons de la Défense .....	5.867 40
Frais de garde et autres au Crédit Foncier ...	75 75
<b>Total .....</b>	<b>20.848 40</b>
Recettes .....	26.106 23
Dépenses .....	20.848 40
<b>Excédent des recettes .....</b>	<b>5.257 83</b>

Cet excédent de recettes est représenté par :

1 <sup>o</sup> Le solde créditeur au Compte Courant du Crédit Foncier au 1 <sup>er</sup> janvier 1925 .....	4.511 16
2 <sup>o</sup> L'encaisse en deniers du trésorier au 1 <sup>er</sup> janvier 1925 .....	746 67
<b>Total .....</b>	<b>5.257 83</b>

### DÉTAIL DU COMPTE DU CRÉDIT FONCIER

Le solde créditeur au 1<sup>er</sup> janvier 1925 de la somme de 4.511 fr. 16 au Compte courant de notre Association au Crédit Foncier résulte des opérations en recettes et en dépenses effectuées au Crédit Foncier durant l'année 1924.

*Recettes*

Solde créditeur au 1 <sup>er</sup> janvier 1924 .....	11.850 53
Revenus des rentes et titres en dépôt .....	7.576 03
Versements .....	2.500 »
Intérêts des fonds en dépôt .....	26 05
<i>Total</i> .....	<u>21.952 61</u>

*Dépenses*

Retraits par chèques .....	8.350 »
Achat de 4 Obligations P.-L.-M. ....	1.148 30
Achat de 2 Bons décennaux 5 0/0 1924 .....	2.000 »
Souscription à 6 Bons de la Défense .....	5.867 40
Frais de garde et autres .....	75 75
<i>Total</i> .....	<u>17.441 45</u>
Recettes .....	21.952 61
Dépenses .....	17.441 45
Excédent de recettes .....	<u>4.551 16</u>

Cet excédent de recettes représente le solde créditeur au Compte courant de notre Association au Crédit Foncier à la date du 1<sup>er</sup> janvier 1925.

## DÉTAIL DU COMPTE DU TRÉSORIER

*Recettes*

Encaisse en deniers au 1 <sup>er</sup> janvier 1924.....	304 87
Subvention du Conseil générale de la Seine ...	1.000 »
Souscriptions d'Asiles .....	2.363 75
Cotisations des Membres de l'Association .....	2.985 »
Retraits du Compte Courant du Crédit Foncier (chèques) .....	8.350 »
<i>Total</i> .....	<u>15.003 62</u>

*Dépenses*

Secours distribués .....	11.350 »
Frais de Trésorerie et de Secrétariat .....	406 95
Versements au Compte courant du Crédit Foncier .....	2.500 »
<i>Total</i> .....	<u>14.256 95</u>

Recettes .....	15.003 62
Dépenses .....	14.256 95
Excédent des recettes .....	<u>746 67</u>

Cet excédent de recettes est représenté par l'encaisse en deniers du Trésorier au 1<sup>er</sup> janvier 1925.

#### AVOIR DE L'ASSOCIATION AU 1<sup>er</sup> JANVIER 1925

Encaisse en deniers du Trésorier .....	746 67
Solde créditeur au Crédit Foncier .....	4.511 16
4.660 fr. de rente française 3 0/0.	
340 fr. de rente française 5 0/0.	
360 fr. de rente française 6 0/0.	
100 fr. de rente, 2 bons décennaux 5 0/0 1924.	
20 obligations Ch. de fer Est-Algérien 3 0/0.	
48 obligations Ch. de fer Midi anciennes 3 0/0.	
38 obligations Ch. de fer P.-L.-M. anciennes 3 0/0.	
34 obligations Ch. de fer P.-L.-M. nouvelles 3 0/0.	

#### BUDGET DE 1925

##### Prévision des recettes :

Cotisations .....	2.200 »
Souscriptions d'asiles .....	2.000 »
Subvention du Conseil général de la Seine ...	500 »
Revenus des rentes et titres .....	7.200 »
	<u>11.900 »</u>

##### Prévision des dépenses :

Secours à distribuer .....	11.450 »
Frais de Trésorerie et de Secrétariat .....	450 »
Balance .....	<u>11.900 »</u>

Après vérification des comptes des félicitations au Trésorier sont votées à l'unanimité.

Il est ensuite procédé à l'élection de cinq membres du Conseil.

Il y a de nombreux votes par correspondance. Sont réélus : MM. Cullerre, Delmas, Lalanne, Sérieux ; est élu, M. Briand en remplacement de Vallon, décédé.

Le Conseil se trouve ainsi composé :

MM. Dupain, Olivier, Rayneau, Semelaigne et Vurpas dont les pouvoirs expirent en 1926.

MM. Arnaud, Guiraud, Marchand, Truelle et Usse dont les pouvoirs expirent en 1927.

MM. Briand, Cullerre, Delmas, Lalanne et Sérieux dont les pouvoirs expirent en 1928.

La séance est levée à 16 heures.

\*\*

A la suite de l'Assemblée générale le Conseil se réunit conformément à l'article 4 des statuts pour désigner les membres du bureau.

Sont élus : *Président*, M. CULLERRE.

*Vice-Président*, M. SEMELAIGNE.

*Trésorier*, M. DUPAIN.

*Secrétaire*, M. GUIRAUD.

\*\*

## LISTE DES MEMBRES

### *Membres fondateurs*

MM.

Antheaume, Arnaud, Babinski, Briand, Charon, Claude, Chaussinand, Cullerre, Delmas, Dhéur, Dupain, Fillassier, Girma, Hercouët, Lhermitte, Meuriot, Rayneau, Semelaigne (René), Tarrius (J.), Voivenel.

### *Membres Sociétaires*

MM.

Abadie, Abély (X.), Adam (A.), Adam (F.), Adam (E.), Alajize, Albès, Allamagny, Améline, Anglade, Arsimoles, Aubry.

Barbé, Baruk, Beaudouin, Beaussart, Bécue, Bénon, Bessière, Bessière (R.), Billet, Borel, Boiteux, Bonhomme, Bonhomme (J.), Bonnet, Bour, Bourilhet, Boutet, Bouyer, Briche, Brissot, Brousseau, Brunet, Burle, Bussard, Buvat.

Calmettes, Camus (P.), Capgras, Carrier (H.), Castin, Ceillier, Charpenel, Charpentier (J.), Charpentier (R.), Charuel, Chaumier, Chevalier-Lavaure, Chèze, Chocreaux, Clément, Clérambault (de), Codet, Colin (H.), Collet, Collin (A.), Condamine, Corcket, Cornu, Cossa, Coulonjou, Courbon, Courjon.

Daday, Dalmas, Damaye, Danjean, Delmas (P.), Demay, Deron, Desruelles, Deswarte, Devaux, Devay, Dodero, Dubois, Dubourdieu, Dubuisson, Ducos, Ducosté, Dupain (P.), Dupouy.

Eissen, Euzière.

Farez, Fassou, Fauvel, Fenayrou, Fouque, Frankhauser, Frey, Fromenty.

Gassiot, Gelma, Génil-Perrin, Gilles, Gilson, Gimbal, Gouriou, Guiard, Guichard, Guillerm, Guiraud.

Halberstadt, Hamel (J.), Hamel (M.), Hesnard, Heuyer.

Jacquin, Jalenques, Janet,ourniac.

Kahn (P.).

Lachaux, Lafage, Laffon, Lagriffe, Laignel-Lavastine, Lalanne (A.), Latapie, Latreille, Lautier, Lauzier, Legrain, Lépine (J.), Leroy, Leroy des Barres, Lerat, Levet, Lévy-Valensi, Leyritz, Livet, Logre, Loup, Lwoff.

Maillard, Mairat, Malfilâtre, Mallet, Marchand, Marie (A.), Martimor, Maupaté, Meilhon, Mercier, Merland, Mezie, Mignard, Mignot, Minkowski, Monestier, Morat, Mourgues.

Nageotte, Nouet.

Olivier, Ollivier.

Pactet, Page, Pagès, Pain, Parant (L.), Paris, Pasturel, Péliissier, Perrens, Perrussel, Petit, Pezet, Pochon, Porc'her, Porot, Prince, Privat de Fortuné.

Quercy.

Raffégeau, Ramadier, Raviart, Raynier, Reboul-Lachaux (J.), Reddon, Renaux, Revault d'Allonnes, Riche (A.), Ricoux, Rist, Robert, Robin (G.), Rodiet, Rogues de Fursac, Roubinovitch, Rougé (C.), Roujean.

Salin, Salomon, Santenoise (D.), Santenoise, Schutzenberger, Ségla, Songès, Sériéux, Simon, Sizaret, Slizewicz, Sollier, Sollier (Alice), Suttel.

Targowla, Taty, Terrade, Thibaud, Thivet, Tissot, Toulouse, Trénel, Trepsat, Truelle.

Usse.

Védié, Vernet, Viel, Viéux, Vignaud, Vinchon, Viollet, Vurpas.

#### RÉSUMÉ

Membres fondateurs .....	20
Membres sociétaires .....	227
Total .....	247

# SOCIÉTÉS SAVANTES

---

## Société clinique de médecine mentale

Séance du 16 Novembre 1925

Activité automatique coordonnée de nature épileptique chez un sculpteur sur bois, par MM. MARCHAND et BAUER. — Un épileptique, âgé de 46 ans, présente des crises comitiales depuis l'âge de 17 ans. Les accidents peuvent revêtir des aspects variés : mouvements automatiques conscients, absences conscientes de la pensée, absences amnésiques avec automatisme inconscient, soit incohérent, soit coordonné, vertiges avec ou sans chute, et crises convulsives.

Quand les absences surviennent au cours de son travail professionnel — sculpture sur bois — le malade continue à travailler avec une perfection absolue, mais il ajoute des détails artistiques compliqués à l'objet qu'il est en train de sculpter. Il se trouve ensuite devant le travail accompli ne gardant aucun souvenir de la façon dont il a exécuté son travail.

Paralysie générale conjugale. — Le D<sup>r</sup> A. MARIE présente trois nouveaux cas de couples de neurosyphilis conjugales.

Dans l'un, il y eut P. G. successive du mari d'abord, de la femme ensuite. Dans l'autre, les deux méningo-encéphalites se succédèrent chez la femme décédée d'abord, chez le mari interné ensuite et encore en traitement (malariathérapie). Dans le troisième cas, il s'agit d'un P. G. ayant contaminé sa jeune femme atteinte dès la 3<sup>e</sup> année de sa syphilis d'accidents cérébraux non méningés mais vasculaires (hémiplegie gauche). Norme compte cependant ces cas dans les syphilis neurotropes. On peut négliger ce dernier cas pour ne tenir compte que des deux premiers qui s'avèrent d'autant plus fréquents qu'on les recherche, et semblent démontrer plus qu'une coïncidence fortuite, vu leur fréquence.

Syphilis du névraxe : tabès, épilepsie, paralysie générale, aphasie de Wernicke, par J. CAPGRAS et Mlle CULLERRE. — Présentation d'une femme de 51 ans dont la syphilis des centres nerveux a passé par les stades successifs suivants : 1<sup>o</sup> pendant une dizaine d'années tabès avec douleurs fulgurantes et irritabilité progressive ; 2<sup>o</sup> pendant 3 ans, crises épileptiformes suivies d'agitation confusionnelle transitoire

sans affaiblissement intellectuel ; 3° après le quatrième ictus, apparition du syndrome de la P. G. avec démence simple et dysarthrie ; 4° trois mois après, séries de crises épileptiformes avec agitation confusionnelle suivies d'un délire imaginaire avec fabulations contradictoires, projets absurdes, hallucinations de l'ouïe très actives pendant sept mois, syndrome de P. G. sensorielle ; 5° après un dernier ictus, développement subit puis guérison rapide d'une large et profonde escarre sacrée, apparition et fixation depuis six mois d'une grande aphasie de Wernicke avec jargonaphasie, surdité et cécité verbales, agnosie et apraxie, euphorie et inconscience. Formule humorale entièrement positive, lymphocytose discrète (6 éléments).

Guérison d'une ascite à la suite d'une perforation de la paroi abdominale (dans un but de suicide ?), par M. TRÉNEL. — Une syphilitique de 34 ans, dont la maladie remonte à 5 années et traitée régulièrement, est atteinte d'hépatite avec ascite récidivante malgré les ponctions et un traitement suivi. En avril 1925, elle se perce la paroi au niveau de la région sous-ombilicale au moyen d'un canif ; l'évacuation partielle du liquide résultant de cette tentative est complétée médicalement. Guérison totale de l'ascite. Placée à l'asile à la suite d'une tentative grave de strangulation, la guérison se maintient.

Rétrécissement mitral pur chez une paralytique générale, par M. TRÉNEL. — Observation typique cliniquement et vérifiée anatomiquement. Ce cas et un deuxième cas du service de M. Legrain sont les seuls que T. ait observés. Ces cas paraissent donc extrêmement rares. Ils ont un intérêt du fait que l'on a tendance actuellement à attribuer le rétrécissement mitral pur à la syphilis héréditaire. La paralysie a eu une évolution lente ayant duré 5 ans à l'asile. Il coexistait une légère atrésie aortique (par aphasie congénitale ?) avec très léger épaississement des valvules sigmoïdes, et de très légères lésions d'aortite n'ayant donné lieu à aucun signe clinique.

Imbécile victime d'un détournement d'héritage et d'un internement, par M. TRÉNEL. — Présentation au point de vue clinique d'un malade qui a fait l'objet d'une communication à la Société de Médecine légale à la séance du 9 novembre.

Cas d'imbécillité simple non dangereuse pour la sécurité publique et dont l'internement n'est plus qu'une mesure de protection et d'hospitalisation.

---



# VARIÉTÉS

---

## MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE

DÉCRET MODIFIANT LES DÉCRETS DES 3 JANVIER ET 26 DÉCEMBRE 1922, SUR LE STATUT DES MÉDECINS ET DIRECTEURS-MÉDECINS DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS.

Le Président de la République française :

Sur le rapport du ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales ; vu les décrets des 3 janvier et 26 décembre 1922 ; vu le décret du 10 octobre 1919 ; vu l'article 7 de la loi du 1<sup>er</sup> avril 1923 ; vu la loi du 17 avril 1924 ; vu les avis de M. le ministre des Finances ; vu les réponses faites par les Conseils généraux, les Commissions administratives des Hospices, possédant des quartiers d'aliénés et les directions d'Asiles privés faisant fonction d'Asiles publics, à l'enquête prescrite par la circulaire de M. le ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, en date du 12 mai 1925,

Décète :

ARTICLE PREMIER. — Le décret du 3 janvier 1922, modifié par le décret du 26 décembre 1922, est complété par la disposition suivante :

« Le temps légal passé sous les drapeaux par les médecins du cadre des Asiles publics d'aliénés est compté pour une durée égale de services civils, lorsque ces fonctionnaires se trouvent dans des conditions identiques à celles qui sont exigées des fonctionnaires de l'Etat pour obtenir le bénéfice de l'article 7 de la loi du 1<sup>er</sup> avril 1923.

« Il en est de même du temps de mobilisation au cours de la guerre 1914-1918, pour ceux de ces médecins qui se trouvent dans les conditions prescrites par la loi du 17 avril 1924. »

ART. 2. — Le décret du 10 octobre 1919 est complété par une disposition semblable, en ce qui concerne les Directeurs administratifs des Asiles publics d'aliénés.

ART. 3. — Le ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales est chargé d'assurer l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 31 octobre 1925.

*Signé : Gaston DOUMERGUE.*

Par le Président de la République :

*Le ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance  
et de la Prévoyance sociales,*

*Signé : DURAFOUR.*

CIRCULAIRE A MESSIEURS LES PRÉFETS. — A la date du 12 mai 1925, j'ai eu l'honneur de vous faire part de mon intention d'accorder aux médecins du cadre des Asiles publics d'aliénés et aux directeurs administratifs de ces établissements, le bénéfice de dispositions analogues à celles qui sont consenties aux fonctionnaires de l'Etat, par l'article 7 de la loi du 1<sup>er</sup> avril 1923 et par la loi du 17 avril 1924.

Je vous exposais toutefois que cette mesure bienveillante ne pouvait être prise sans l'acceptation préalable des collectivités qui assurent le paiement des traitements de ces catégories de fonctionnaires, et je vous ai demandé de consulter à cet effet les Conseils généraux, les Directions des Asiles privés faisant fonction d'asiles publics, les Commissions administratives des Hospices qui possèdent des quartiers d'aliénés.

Les résultats de cette enquête sont aujourd'hui connus. Ils montrent que les collectivités ne se sont pas montrées unanimement favorables à la mesure projetée. Cependant, ces résultats sont tels que je puis, sans nuire au jeu normal des mutations, accorder dès maintenant aux médecins du cadre des Asiles et aux directeurs administratifs les avantages qu'ils ont sollicités.

Il est évident que le reclassement qui va résulter de ma décision ne peut être effectué que par des arrêtés pris par mes soins. Or, ces arrêtés ne peuvent être basés sur les décrets du 3 janvier 1922 — pour les médecins — du 10 octobre 1919 — pour les directeurs — qui, l'un et l'autre, ne permettent d'autres avancements que ceux qui résultent de l'ancienneté effective.

J'ai dû, en conséquence, soumettre à M. le Président de la République un décret complémentaire, qu'il a bien voulu signer à la date du 31 octobre 1925, et dont je vous communique ci-dessous le texte :

« ARTICLE PREMIER. — Le décret du 3 janvier 1922, modifié

par le décret du 26 décembre 1922, est complété par la disposition suivante :

« Le temps légal passé sous les drapeaux par les médecins du cadre des Asiles publics d'aliénés est compté pour une durée égale de services civils, lorsque ces fonctionnaires se trouvent dans des conditions identiques à celles qui sont exigées des fonctionnaires de l'Etat, pour obtenir le bénéfice de l'article 7 de la loi du 1<sup>er</sup> avril 1923.

« Il en est de même du temps de mobilisation pendant la guerre 1914-1918, pour ceux de ces médecins qui se trouvent dans les conditions prescrites par la loi du 17 avril 1924.

« ART. 2. — Le décret du 10 octobre 1919 est complété par une disposition semblable, en ce qui concerne les directeurs administratifs des Asiles publics d'aliénés. »

Il vous appartient de me fournir, pour chacun des médecins ou directeurs en exercice dans votre département, les renseignements qui vont me permettre de prendre les arrêtés de reclassement.

A cet effet, vous voudrez bien vous faire présenter par chacun des intéressés une pièce militaire authentique, livret militaire ou état signalétique, qui vous servira à remplir la notice que je vous adresse ci-joint.

Cette notice qui me sera retournée dans le moindre délai possible devra être, par vos soins, certifiée conforme aux documents officiels qui vous auront été présentés.

Je crois devoir vous signaler que le temps de service militaire légal doit être décompté à tous les intéressés sans distinction, quelle que soit la date de leur entrée dans les cadres. Il n'en est pas de même en ce qui concerne le temps de service de guerre. Seuls peuvent être appelés à bénéficier d'un rappel d'ancienneté, à ce titre, les médecins ou les directeurs entrés dans les cadres après la guerre et avant le 1<sup>er</sup> janvier 1924, ou ceux qui possédaient en 1914 des titres à l'admission dans les cadres, mais n'ont pu, du fait de la guerre, être installés dans un emploi qu'après les hostilités sans recevoir aucune ancienneté compensatrice.

Je vous signale également que le décompte des services militaires doit être établi jour pour jour, en se basant sur les dates d'appel sous les drapeaux ou de mobilisation, et sur les dates de renvoi dans les foyers ou de démobilisation.

J'appelle enfin votre attention sur l'absolue nécessité qu'il y a à établir les notices précitées avec le soin le plus attentif.

*Le Ministre,*  
DURAFOUR.

## NÉCROLOGIE

M. HENRI ROUSSELLE

Nous avons appris avec peine la mort de M. Henri Rousselle, survenue après une courte maladie. Il siégeait depuis de longues années au Conseil municipal où il avait succédé à son père et dont il avait été le vice-président. Ancien président du Conseil général, il s'était, au cours de ces dernières années, donné tout entier aux questions d'assistance. Il présidait la 5<sup>e</sup> Commission du Conseil municipal (Assistance publique) et la 3<sup>e</sup> Commission du Conseil général (Assistance départementale). Sa disparition prématurée est vivement ressentie par ses collègues et par ses très nombreux amis.

H. C.

## CORRESPONDANCE (1)

MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF ET CHER MAÎTRE,

Votre numéro de novembre 1925 m'apporte, aujourd'hui même, une correspondance de M. H. Damaye, en réponse à la brève analyse de ses « *Etudes de psychiatrie sociologique* » que j'avais eu l'occasion de présenter dans les *Annales médico-psychologiques* de juillet dernier.

Cette présentation avait eu, de ma part, sa raison d'être : non tant motifs pris de l'intérêt que je porte aux questions d'assistance — en pareille matière j'ai plus tôt pour principe de ne lire et de n'analyser que pour mon compte personnel — mais bien du fait, qu'ainsi que me l'avaient signalé quelques confrères des asiles, j'avais semblé être mis en cause, à propos de l'asile de Bailleul, dans une note renvoi en bas de page qui avait pu, à cette époque, paraître assez ambiguë.

Il s'agit au surplus, je le répète, d'un sujet se présentant sous de multiples aspects bien spéciaux dont l'exposé suffisamment complet ne pourrait être fait sans de trop longs développements qui seraient, ici, parfaitement déplacés.

D'ailleurs j'aurais quelques scrupules à vous demander une bien large hospitalité pour une « réponse en réponse » d'intérêt sans doute limité pour vos abonnés.

D'autre part, la forme si courtoise dans laquelle

---

(1) Nous publions les deux lettres suivantes qui font suite à celles qui ont été insérées dans notre dernier numéro, mais ce sont les dernières que nous accepterons sur le même sujet.

M. H. Damaye, croyant devoir se « disculper », a développé son argumentation, me dissuaderait de courir le risque de le contrister gravement à nouveau. D'autant qu'il apparaît comme assez probable que nos réunions psychiatriques me fourniront, un jour ou l'autre, l'occasion d'un entretien avec M. Damaye pour une mise au point rétrospective qui me permettrait entre autres :

— 1° de lui exposer, qu'en l'état, je ne pourrais, quelque regret que j'en ai, que maintenir dans l'ensemble les termes généraux de ma précédente analyse.

En effet le paragraphe de sa lettre : ...« Voilà tout simplement ce que j'ai dit dans mon livre » ...introduit un élément nouveau un peu particulier. Il pourrait du reste se traduire avec autant de vraisemblance par : Voilà ce que j'ai voulu dire.

Aussi bien s'il pouvait subsister un doute, les lecteurs de son ouvrage — nombreux je l'espère pour le succès de ses éditions ; lecteurs possibles d'autre part de l'analyse que j'en ai faite — auraient dans le cas où la question les intéresserait, le loisir d'en juger en se reportant à son chapitre sur les défauts actuels de l'assistance psychiatrique et plus particulièrement aux pages 86 et 87.

— 2° de lui rappeler en outre : a) que j'ai pu exprimer ma manière de voir, en ce qui concerne les constructions d'asiles réservées à un seul sexe, et leur répercussion sur la gestion économique, dans un travail d'ensemble sur l'assistance aux aliénés (1) ; b) que je me demande si, dans ces conditions, il y avait lieu de faire appel à une conversation particulière, qui n'a pu être que tellement insuffisante et rapide que je n'en ai pas gardé le souvenir et qui en tous cas n'aurait pu justifier les conclusions élargies qu'il a semblé en tirer.

— 3° de m'informer auprès de lui : si étant donné la « tare » qu'il dénonce avec vigueur et qui lui a paru digne de soulever une sorte de protestation publique écrite dans son ouvrage, renouvelée par sa lettre, il a préalablement estimé bon de la faire tenir aux diverses autorités qualifiées pour en connaître, et pour le cas échéant en juger.

— 4° de proposer à ses réflexions le point de savoir, si, en l'espèce qui nous occupe, les deux questions d'affectation de l'établissement et d'élaboration des plans, paraissent effectivement avoir été tellement sous la dépendance étroite l'une de l'autre, qu'on se trouverait vraiment en

---

(1) Assistance aux aliénés R. I. G., 1923, page 208.

présence d'une « tare » indélébile, ou d'un vice d'organisation qui, s'il était unanimement reconnu, serait à jamais incurable.

— 5° dans l'affirmative de sa part de lui demander, puisqu'il a eu en mains les plans adoptés, quelles dispositions de services et de locaux — qui auraient pu être évitées s'il était intervenu — paraissent à son sens susceptibles de toujours s'opposer, pratiquement, à l'hospitalisation éventuelle des aliénés assistés des deux sexes, en des sections indépendantes, dans le cas où il serait admis par les administrateurs compétents, qu'il y aurait un intérêt majeur, économique ou autre, à la réaliser ultérieurement par parties sensiblement égales.

.....

Si, comme je l'ai dit, l'occasion m'est donnée d'aborder ces points en détail, sans préjudice de tous autres d'ordre technique, législatif, réglementaire ou pratique qui dépasseraient, pour le moment, singulièrement le cadre de mon analyse, avec et pour M. Damaye *personnellement*, je ne désespère pas de l'amener à reconnaître, après plus ample informé, que l'asile de Bailleul, ainsi que je l'ai indiqué, n'a pas été bien choisi pour illustrer la thèse qu'il voulait défendre. Je ne désespère pas davantage — étant donné l'amabilité de sa « correspondance » — de l'amener à admettre que dans la forme où il l'a présentée dans son ouvrage, je ne pouvais, l'analysant, guère faire autrement que l'apprécier dans les termes où je l'ai fait.

Je m'excuse, Monsieur le rédacteur en chef et cher Maître, de cette trop longue lettre en vous donnant l'assurance qu'elle clôt, en ce qui me concerne, toute communication relative aux « *Etudes de psychiatrie sociologique* » et je vous prie de recevoir l'expression de mes sentiments respectueux et affectueusement dévoués.

4 décembre 1925.

J. RAYNIER.

Paris, le 15 décembre 1925.

MON CHER RÉDACTEUR EN CHEF,

Lisant en dernière page des *Annales* de novembre 1925 (n° 4, p. 416) l'intéressante lettre de Targowla à propos de la vaccination antityphoïdique et de l'étude de MM. Desruelles et Bouvier sur la question, je me permettrai d'ajouter ma contribution à la question de la vaccination antityphoïdique dans les asiles.

Attaché au laboratoire du P<sup>r</sup> Vincent à la fin de la guerre, j'ai vacciné en même temps que les brigades russes, les malades de mon service de Villejuif et ceux du service militaire russe de neuro-psychiatrie à Michelet ; mais c'est en 1912 que j'ai, avec Broughton-Alcock du service de M. Besredka, fait faire la vaccination générale de mon service de Villejuif à l'occasion d'une petite épidémie naissante. Le fait a fait l'objet d'une note à l'Académie des Sciences en 1912; *Bulletin des Comptes rendus*, p. 1253, n° 154 : « Sur un essai de vaccination antityphoïdique sur l'homme, au moyen de vaccin sensibilisé vivant ».

Veuillez agréer, mon cher Collègue, l'expression de mes sentiments bien cordiaux.

P. MARIE.

### GALIEN FUT-IL UN PRÉCURSEUR DE LA « PSYCHANALYSE » ?

Je me garderai d'affadir par aucun commentaire les lignes suivantes. Ceux qui ne les connaîtraient point et seraient curieux de les retrouver pourront ouvrir le *Traité médico-philosophique* de Pinel (1809) aux pages XV et XVI :

« L'histoire suivante fait regretter que Galien ne se soit point appliqué spécialement à l'étude de l'aliénation mentale, puisqu'elle porte le caractère d'une sagacité rare pour découvrir une affection morale cachée.

« Il est appelé pour voir une dame qui éprouve, durant toutes les nuits, des insomnies et une agitation continuelle ; il fait diverses questions pour remonter à l'origine du mal, et, loin de donner de réponse, la dame se détourne et se couvre d'un voile, comme pour sommeiller. Galien se retire, et il conjecture que cet accablement tient à la mélancolie ou à quelque chagrin dont on fait un mystère ; il renvoie au lendemain un examen ultérieur ; mais, lors de cette seconde visite, l'esclave en fonction déclare que sa maîtresse n'est point visible. Il se retire encore, revient une troisième fois et l'esclave, en le congédiant encore, lui dit de ne point tourmenter de rechef sa maîtresse, puisqu'à la

seconde visite elle s'était levée pour se laver et prendre quelque nourriture. Le médecin se garde d'insister ; mais il revient encore le jour suivant, et, dans un entretien particulier avec l'esclave, il apprend que l'affection venait d'un chagrin profond. Dans l'instant même qu'il considérait la dame, le nom de l'histriion Pylade, proféré par une personne qui venait du spectacle, produisit un changement dans la couleur et les traits du visage ; le pouls parut agité, ce qui n'eut point lieu ni cette fois ni les suivantes quand on prononça le nom de quelque autre danseur : l'objet de la passion de la dame, dès lors, ne fut plus équivoque. » (Galien, *Libre des Pronostics*).

H. BEAUDOUIN.

---



# TABLE DES MATIÈRES

## DOUZIÈME SÉRIE

TOMES I ET II. — JANVIER-DÉCEMBRE 1925

### Chroniques

Pourquoi le médecin d'asile devient un fonctionnaire, par M.-A. RODIET, tome I, p.....	5
La collaboration médico-administrative dans les Asiles d'aliénés, par M. J. CAPGRAS.....	97
Casus belli, par M. H. BEAUNOUIN.....	193
Carnet médical individuel pour aliénés, fichier central et autres moyens d'investigation, par M. BEAUSSART.....	289
Charcot, par M. H. COLIN.....	385
La Semaine neuro-psychiatrique de Paris : Centenaire de Charcot : Vingt-cinquième anniversaire de la Société de Neurologie ; Vingt-neuvième Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes, par M. Paul COURBON, tome II, p.....	5
Les aliénés transférés en province et la protection de leurs biens, par M. A. RODIET.....	129
Des qualités du médecin aliéniste, par M. A. RODIET.....	225
Le service de l'Admission, par M. Henri COLIN.....	321
La légende de Gelduin, fondateur de l'Abbaye de Pont-Levoy et les psychoses de l'inanition, par le Dr François HOUSSEY.....	417

### Articles originaux

Paul COURBON. — Du rôle de l'imagination représentative et de l'articulation verbale inconsciente dans la genèse de l'hallucination verbale, tome I, p.....	10
Julien RAYNIER et Henri BEAUNOUIN. — A propos de la tuberculose dans les asiles d'aliénés.....	21
P. GUIRAUD et M. SONN. — Délire systématisé avec hallucinations visuelles et considérations sur la psychologie des délires.....	106
G. ZILANAKIS. — La paralysie générale progressive dans les hôpitaux grecs de Constantinople.....	119
E. MINKOWSKI. — Troubles mentaux, complexes et constitution.....	201
E. MARTINOT. — Pensions militaires pour troubles mentaux antérieurs à la guerre.....	229
A. STAROBINSKY. — Etats de dépression et carrière médicale.....	235
M. BRIAND et M. BRISSOT. — Intervalles lucides et capacité juridique chez les aliénés.....	300
A. WIMMER. — Les troubles mentaux précurseurs de l'encéphalite épidémique chronique.....	306
M. MIGNARD. — La subduction mentale et l'influence morbide.....	326
Paul COURBON. — Charcot et la Psychiatrie.....	393

H. CLAUDE et G. ROBIN. — L'indifférence et le négativisme schizomaniques .....	35
G. HALBERSTADT. — La forme héboïdophrénique de la démence précoce, <b>tome II</b> .....	23
D. SANTENOISE et M. VIDACOVITCH. — Contribution physiologique à l'étude des psychoses d'intoxication .....	133
G. RAVIART et P. NAYRAC. — Sur la situation nosologique de la démence paranoïde .....	230
M. QUERCY. — Remarques sur une théorie bergsonienne de l'hallucination .....	242
P. GUIRAUD. — Polymorphisme de la syphilis encéphalique .....	260
M. DESRUELLES et M. BOUVIER. — Typhoïde et vaccination antityphoïdique dans un service d'aliénés .....	273
F.-L. ARNAUD. — Charles VALLON (1853-1924) .....	324
NAYRAC et DUBRUILLÉ. — Sur la maladie d'Alzheimer dans ses rapports avec la Démence sénile .....	327
E. MINKOWSKI. — Les regrets morbides .....	344
P. CARRETTE. — Tenon et l'assistance aux aliénés à la fin du XVIII <sup>e</sup> siècle .....	365
A. GILLES et R. CARRIAT. — Données psychanalytiques chez un épileptique .....	428

### Société Médico-Psychologique

<i>Séance du 29 décembre 1924.</i> — Correspondance : MM. Antheaume, Mignard, R. Mallet, A. Souques. — Discours prononcé à l'inhumation de M. le Dr Ch. Valon. — ASSEMBLÉE GÉNÉRALE. — Augmentation du loyer du local des séances. — Elections. — SÉANCE ORDINAIRE. — Rapport de M. Capgras sur la candidature de M. Beaudouin ( <i>élection</i> ). — Mélancolie, obsessions et syndrome d'influence, par MM. H. Claude, R. Targowla et Mlle M. Badonnel. — Le somnifène intra-veineux chez les aliénés, par MM. Quercy et Dodart-des-Loges. Discussion : MM. Claude, Marie. — Manie chronique, démence incomplète, par M. Godard. Discussion : MM. Leroy, Rayneau, <b>tome I</b> , p. ....	42
<i>Séance du 26 janvier 1925.</i> — Correspondance : MM. Briand, Li-Ki-Wey, Ladame. — Allocution de M. Truelle, président sortant. — Allocution de M. Roubinovitch, président pour 1925. — Rapport de la Commission des finances, par M. Semelaigne. — Commission des prix. — Troubles du caractère et cardiopathies, par MM. G. Robin et Cénac. Discussion : MM. Sollier, Cénac, Roubinovitch, Laignel-Lavastine, Marchand. — Imitation ou échopraxie ? par M. G. Robin. Discussion : MM. de Clérambault, Dumas, Mignard, Trénel, Laignel-Lavastine. — Un cas de mort après injection intra-musculaire de somnifène : pneumonie centrale, par MM. Quercy et Lancelot. Discussion : MM. Laignel-Lavastine, Trénel, Charpentier .....	147
<i>Séance du 23 février 1925.</i> — Plusieurs cas de pyromanie chez des aliénés sortis ou évadés des Asiles. De l'utilité de la création du carnet médical individuel de l'aliéné et du fichier central, par M. E. Dabout. Discussion : MM. Pactet, Roubinovitch, Dabout, Sollier, H. Colin, A. Rodiet, Fillassier, Miguard. —	

Traitement de l'épilepsie par le mélange de gardénal, tartrate et atropine associés alternativement à la caféine et à la strychnine, par MM. Godard et R. Legal. Discussion : MM. Mignard, Guiraud, Marchand, Rayneau. — Purpura par carence chez une aliénée mélancolique, par MM. R. Leroy et P. Lelong. Discussion : MM. Trénel, Toulouse, Rayneau, Charpentier, H. Colin, Mignot, Rodiet.....	144
<i>Séance du 30 mars 1925.</i> — Correspondance : MM. Charpentier, Paul-Boncour, Robin, Société Suisse de Psychiatrie. — L'hyperpnée dans le diagnostic de l'épilepsie psychique, par MM. H. Claude, H. Codet, M. Cénac et M. Montassut. Discussion : MM. G. Dumas, Montassut, Toulouse, H. Codet, Santenoise, Marchand, Roubinovitch, Delmas, Leroy. — Amnésie, fabulation, hallucinations lilliputiennes consécutives à une fracture du crâne, par MM. Laignel-Lavastine et Pierre Kahn. — Hallucinations lilliputiennes récidivantes à chaque période menstruelle, par M. P. Lelong. — Trois cas d'hallucinations lilliputiennes atypiques, par M. A. Prince. Discussion : MM. Leroy, P. Kahn. — Insuffisance hépatique et confusion mentale, par M. R. Targowla.....	331
<i>Séance du 27 avril 1925.</i> — Correspondance : MM. Sollier, Semelaigne, Mme Minkowska. — Rapport de M. A. Collin sur la candidature de M. G.-P. Boncour ( <i>élection</i> ). — Rapport de M. Pactet sur la candidature de M. Robin ( <i>élection</i> ). — Communication de M. G. Dumas sur l'étude des expressions émotionnelles. — Traitement des états d'excitation et d'anxiété par la phényléthylmalonylurée en solution stable, par MM. Mignard et Durand-Saladin. — Les états psychopathiques chez les chauffeurs d'automobiles à Paris, par MM. E. Toulouse, R. Dupouy et P. Schiff. Discussion : MM. Trénel, Revault d'Allonnes, R. Dupouy, Pactet, Dabout, Rouhinovitch.....	447
<i>Séance du lundi 25 mai 1925.</i> — Correspondance : MM. Paul Boncour, Gilbert Robin, René Charpentier, Mme Berryer. — Rapport de M. Rogues de Fursac sur la candidature de Mme Minkowska ( <i>élection</i> ). — Prix de la Société. — Rapport pour l'attribution du prix Esquirol. — Prix Moreau de Tours. — Eloge de Delasiauve (Louis-Jean-François), 1804-1893, par M. R. Semelaigne. — La psychophysiologie de Charcot, par M. P. Courbon. — Les troubles mentaux chez les mécaniciens des chemins de fer et les chauffeurs d'automobiles, par M. F. Pactet. Discussion : MM. Roubinovitch, Legrain, H. Colin, Pactet, Trénel, Sollier, Arnaud, tome II.....	33
<i>Séance du 29 juin 1925.</i> — Correspondance : MM. Carrette, Montassut ; les amis de la Pologne. — Vœux concernant les conducteurs d'automobiles. — Rapport des Commissions des Prix. — Démence rapide par sclérose latérale, par MM. L. Marchand et X. Abély. Discussion : MM. Trénel, Marchand, Truelle, Targowla. — Conducteur de taxi, accidents multiples et condamnations. Paralyse générale, par MM. R. Dupouy et P. Schiff. Discussion : MM. Roubinovitch, de Clérambault, Briand, Pactet, Mignard, Guiraud, Trénel, Rodiet. — Sur l'évolution de l'affectivité chez l'enfant, par Mlle J. Abramson. — L'émotion joie. Délire et joie normale, par M. R. Benon.....	181

<i>Séance du 27 juillet 1925.</i> — Correspondance : Mme Minkowska, MM. X. Abély, F.-J. Farnell. — Un cas d'hypochondrie justifiée, par M. A. Marie. — A propos du compte rendu de la 67 <sup>e</sup> réunion des psychiatres suisses de Zurich en 1924. — Hypermnésie étrange chez un dément précoce, par M. Pailhas. Discussion : MM. Arnaud, Dupain, H. Colin, R. Charpentier. — Hypersomnie et sommeil en faction, par M. P. Rebierre .....	282
<i>Séance du 26 octobre 1925.</i> — Correspondance : M. Semelaigne, Programme des Journées médicales tunisiennes. — Rapport de M. Charpentier sur la candidature de M. F.-J. Farnell. — Invitation de la Société Suisse de Psychiatrie à sa 69 <sup>e</sup> Réunion. — Les hypocondriaques et leurs médecins, par MM. A. Rodiet et Daussy. Discussion : MM. Mignard, Rodiet. — De l'étymologie du mot « Inhibition », terme nautique, d'après Cicéron, par M. Trénel. — La surveillance médicale des employés de chemins de fer .....	387
<i>Séance du 30 novembre 1925.</i> — Election de M. F.-J. Farnell comme membre associé étranger. — Jubilé du professeur V.-M. Bechtereff. — Psychose intermittente atypique simulant la démence précoce, par MM. Leroy et Montassut. Discussion : MM. H. Claude, Arnaud, R. Leroy, Guiraud. — La schizomanie simple, par MM. H. Claude, G. Robin et Roubinovitch. Discussion : MM. Dupain, G. Robin, Trénel, H. Claude. — Un faux rêve prémonitoire, par MM. Daday, X. Abély et Bauer.....	443

## Analyses

Bibliographie et analyses, tome I, p. ....	66, 173, 273,	372
— — — tome II, p. ....	216, 297,	401

## Réunions et Congrès

Soixante-septième Assemblée de la Société Suisse de Psychiatrie, tome I, p. ....	87
Association mutuelle des Médecins Aliénistes de France :	
Assemblée générale du 26 mai 1924. ....	265
Assemblée générale du 25 mai 1925, tome II, p. ....	483
XXIX <sup>e</sup> Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de Langue française (Paris, 28 mai, 4 juin 1925). — Compte rendu, tome II, p. ....	103

## Sociétés Savantes

Société Clinique de Médecine mentale, tome I, p. 92, 185, 278, 376, 476	
— — — tome II, p. 127, 221, 318, 491	

## Variétés

Décret, Arrêtés ministériels et préfectoraux. Distinctions honorifiques. Nominations et promotions. Nécrologie. Concours, tome I, p. ....	94, 187, 280, 378,	478
tome II, p. ....	223, 320, 413,	493
Prix de la Société Médico-Psychologique, année 1926, tome I, p. ..	187	

# TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES (1)

- Académie de médecine ; prix, I, 96.
- Activité mentale, I, 274.
- Affectivité chez l'enfant, son évolution, II, 201.
- Alcoolisme (voir : intoxications).
- Algies psychiques, I, 402.
- Alzheimer (maladie de), ses rapports avec la démence sénile, II, 327.
- Ambulatoire (automatisme), I, 407.
- Amnésie, fabulation, hallucinations lilliputiennes à la suite de fracture du crâne, I, 342.
- Amour, instinct sexuel, jalousie, I, 273.
- Anatomie humaine, descriptive et topographique, I, 66.
- Anesthésies psychiques, I, 402.
- Anormaux (adultes) à tendances dangereuses, mesures à leur appliquer, II, 299.
- Anormaux et normaux, dégénérescence, hérédité, milieu, II, 311.
- Anxiété ; traitement par gardénal, I, 452 ; II, 316.
- Articulation verbale inconsciente ; son rôle dans la genèse de l'hallucination verbale, I, 10.
- Assistance :
- Rapport médical de l'asile de Juquery.
  - Assistance aux psychopathes en Algérie, II, 297.
  - Assistance aux aliénés au XVIII<sup>e</sup> siècle. Tenon, II, 365.
  - Service d'admission des asiles de la Seine, II, 321.
  - Prix de journée, des asiles de la Seine, I, 380.
  - Protection des biens des aliénés de la Seine transférés en province, II, 129.
- Associations morbides, I, 415.
- Athétoïdes (mouvements) et troubles sensitivo-moteurs expérimentaux, II, 125.
- Automobiles (chauffeurs d') atteints de troubles mentaux, I, 459, II, 86, 196. (Voir chemins de fer).
- Avortement prophylactique chez les aliénés, I, 91.
- Bechtereff ; Jubilé, II, 443.
- Capacité juridique des aliénés et intervalles lucides, I, 300.
- Caractères ; leur psychologie, I, 273.
- Cardiopathies et troubles du caractère, I, 155.
- Séméiologie cardio-vasculaire, II, 216.
  - Syphilis du cœur et de l'aorte, II, 216.
- Carence et purpura chez une mélancolique, I, 258.
- Carnet médical individuel des aliénés et fichier central, I, 244, 289.
- Cerveau (tumeurs), syndromes psychiques initiaux, II, 118. (Voir encéphalopathies).
- Cervelet (lésions du) et syndromes des mouvements réactionnels de Barany, II, 125.
- Charcot. Centenaire ; programme, I, 283.
- Centenaire, II, 5.
  - Chronique sur Charcot, I, 385.
  - Charcot et la psychiatrie, I, 392.
- Chemins de fer (employés de) atteints de troubles mentaux, II, 86, 181, 400. (Voir automobile et paralysie générale).
- Chorée, I, 413.
- hystérique, I, 403.
- Concours : Médecins d'asile, résultats 1925, I, 281.

(1) Les chiffres en égyptiennes se rapportent aux chroniques, articles originaux, communications à la Société Médico-Psychologique.

- Médecins des asiles de la Seine ; décret, I, 95 ; résultats 1925, I, 282 ; appréciations sur l'organisation, I, 379.
- internat de la Seine, I, 380.
- Conduction (voies de) par dégénérescence axile précoce, II, 125.
- Confusion mentale et insuffisance hépathique, I, 363.
- Congrès : des aliénistes, Paris, 1925 ; programme ; compte rendu, II, 103 ; chronique, II, 5.
- de médecine légale, Lille, 1925, programme, I, 286.
- international de psychologie, 1926, I, 224.
- Conscience et vie subconsciente, I, 273.
- Conscience morbide, I, 275.
- Constitutions morbides, I, 424.
- Contagion mentale, I, 274.
- Contractures hystériques, I, 403.
- Crâne (fracture du), amnésie, fabulation, hallucinations lilliputiennes, I, 342.
- Défauts ; réactions de défense, II, 409.
- Défense psychique, II, 409.
- Défense organique et inoculations cutanées, I, 373.
- Dégénérescence mentale, I, 413.
- Délasiauve. Eloge, II, 43.
- Délinquance, II, 126.
- Délire systématisé ; psychologie des délires, I, 106.
- Démence :
  - Démence organique, médecine légale civile, II, 111.
  - Démence rapide par sclérose cérébrale, II, 185.
  - Démence paranoïde ; sa situation nosologique, II, 230.
- Démence précoce :
  - et hypermnésie, II, 286.
  - simulée par une psychose intermittente atypique, II, 448.
  - forme héboïdophrénique, II, 23.
  - chez les syphilitiques, II, 116.
  - traitement par malaria, I, 183.
- Déontologie médicale et ordre des médecins, I, 173.
- Dépression :
  - état dépressif chez un médecin, I, 235.
  - états dépressifs et manifestations sexuelles, II, 117.
- Divination de la pensée ; symptômes II, 117.
- Divorce et aliénation mentale, II, 126 (voir, guérison tardive des maladies mentales).
- Echopraxie ou imitation, I, 166.
- Ecoles en plein air (1<sup>er</sup> congrès international), I, 372.
- Emotions, I, 421 ; — émotion-joie, II, 213.
- Emotivité, imagination ; pathologie, II, 483.
- Encéphalite enzootique du cheval (maladie de Borna), I, 73.
- Encéphalite épidémique :
  - et troubles du caractère, I, 320.
  - et perversions chez les enfants, II, 118, 201.
  - diplopie léthargique non paralytique, II, 304.
  - troubles mentaux précurseurs, I, 306.
  - troubles psychiques, II, 316.
  - épilepsie, I, 322.
  - hypertrophie des seins, I, 322.
  - et syphilis, I, 316.
  - et réaction de Wassermann, I, 319.
  - et médecine légale, I, 320.
  - et hypersomnie en faction chez un militaire, II, 293.
- Encéphalopathies infantiles familiales, II, 108.
- Endocrines (glandes) et troubles du développement organique, I, 175.
- Enfants (voir affectivité, encéphalite, imitation, rêves).
- Epilepsie, I, 70, 412.
- Diagnostic de l'épilepsie psychique par l'hyperpnée, I, 332.
- et données psychanalytiques, II, 428.
- et manifestations psychiques, II, 317.
- albuminurie post-paroxysmique, II, 317.
- par lésion cérébrale focale, II, 117.

— traitement alimentaire, II, 125.

— traitement par gardénal, tartrate, atropine, caféine et strychnine, I, 253 (voir encéphalite épidémique).

Erotomanie. Psychoses érotomaniaques, II, 309.

Eubiotique sociale, I, 173.

Fabulation, amnésie, hallucinations lilliputiennes, à la suite de fracture du crâne, I, 342.

Familiales (encéphalopathies) infantiles, II, 108.

Formulaire thérapeutique, I, 374.

Gardénal. Traitement des états d'agitation et d'anxiété, I, 452 (voir anxiété et épilepsie).

Guérison tardive des maladies mentales, II, 103, 115.

Guerre. Pensions militaires pour troubles mentaux antérieurs, I, 229.

— sentiments, idées, caractères, dans un village pendant la guerre, I, 277.

Hallucinations :

— L'hallucination ; sa théorie bergsonienne, II, 242.

— visuelles dans les psychoses hallucinatoires chroniques, I, 374.

— visuelles dans l'hystérie, I, 405.

— motrices des amputés, I, 406.

— verbale ; rôle de l'imagination représentative et de l'articulation verbale inconsciente dans sa genèse, I, 10 (voir lilliputiennes).

Hérédité, I, 418.

Hygiène manicomiale : voir tuberculose.

Hygiène mentale : voir Prophylaxie mentale.

Hypocondrie :

— justifiée par lésion organique, II, 282.

— hypocondriaques ; leurs réactions contre les médecins, II, 389.

Hypnotisme, I, 410.

Hystérie, I, 408.

Imagination :

— représentative ; son rôle dans la genèse de l'hallucination verbale, I, 10.

Imitation ou échopraxie, I, 166.

Imitation chez l'enfant, II, 412.

Inanition (psychoses d'), légende de Gelduin, fondateur de l'abbaye de Pont-Levoy, II, 447.

Influence :

— morbide et subconduction mentale, I, 326.

— syndrome d'influence, mélancolie, obsessions, I, 48.

Inhibition ; son étymologie d'après Cicéron, II, 396.

Interpsychologie, I, 274.

Intoxications (psychoses d'). Etude physiologique. Rôle du déséquilibre vago-sympathique, II, 133.

—, I, 413 (voir narcotiques).

Invention. Fonction de la vie mentale, I, 273.

Judiciaires (aliénés), leur traitement au point de vue de la défense sociale, II, 300.

Jumeaux, II, 298.

Laboratoire (diagnostics de), I, 174.

Langages : voir Glossolalies.

Lilliputiennes (hallucinations).

— amnésie, fabulation, à la suite de fracture du crâne, I, 342.

— atypiques, I, 352.

— récidivantes à chaque période menstruelle, I, 347.

Lipiodol sous-arachnoïdien, II, 317.

Lourdes et ses mystères, II, 312.

Lucides (intervalles), voir capacité juridique. Manie chronique, démence incomplète, I, 64 (voir psychose intermittente).

Médecine légale (voir : anormaux, automobiles, capacité juridique, carnet individuel pour aliénés, chemins de fer, crâne (fracture), délinquance,

- démences organiques, divorce, encéphalite épidémique, guerre hypocondriaques, paricides, pensions).
- Médecins d'asiles :
- les qualités du médecin d'asile, II, 225.
  - le médecin d'asile, I, 5.
  - les rapports entre médecins et directeurs, I, 97, 193.
  - décret du 31 octobre 1925, II, 497.
  - les lois militaires pour l'avancement, I, 479.
  - les traitements, I, 183.
  - annonce des vacances de postes.
  - nominations, I, 96, 280, 286, 479, II, 320, 413.
  - distinctions honorifiques : I, 285, II, 320, 413.
  - Association mutuelle, mai 1924, I, 265 ; mai 1925, II, 487 (voir concours).
- Mélancolie :
- purpura par carence, I, 258.
  - obsessions, syndrome d'influence, I, 48.
  - étude des troubles des fonctions organiques, I, 81 (voir Psychose intermittente).
- Mémoire :
- Hypermnésie chez un dément, II, 286.
- Mentales (maladies) sémiologie, II, 308.
- Métapsychique ; son bilan actuel, II, 314.
- Métissage, facteur de dégénérescence, II, 119.
- Moelle cervicale ; pathologie clinique, I, 177.
- Mongolisme, II, 124.
- Narcotiques sociaux, II, 301.
- Nécrologie : Bonhomme T., II, 413 ; Bellat, I, 285, II, 489 ; Beaurain, II, 413 ; Chaslin, I, 265 ; Camus J., I, 94 ; Crocq, I, 94 ; Deny, I, 266 ; Lalanne G., II, 488, I, 286 ; Lallemand, I, 267 ; Parant V., I, 267 ; Rist, I, 267 ; Sacquet, II, 489 ; Vallon, I, 42, II, 487, II, 324 ; Magny, I, 285 ; Roussel H., II, 500.
- Nerfs périphériques, II, 305.
- Nerfs en schémas, II, 217.
- Neurasthénie, I, 411.
- Neuro-psychiatrie (éléments de), I, 72.
- Techniques cliniques d'examen, II, 304.
- Névroses ; leur psychologie, II, 401.
- Obsessions, mélancolie, syndrome d'influence, I, 48.
- Orientation professionnelle, II, 120.
- Paralysies psychiques, I, 402.
- Paralyse générale, I, 414.
- historique, II, 310.
  - statistique des hôpitaux grecs de Constantinople (1908-1922), I, 119.
  - rapport à la Société suisse de psychiatrie, nov. 1924, I, 87.
  - p. g. des vieillards, I, 181.
  - p. g., conducteur de taxi, II, 196.
  - test écrit, I, 287.
  - traitement par malaria, I, 183, II, 118, 284.
  - traitement par leucopyrothérapie et bismuth, II, 119 (voir syphilis encéphalique).
- Paranoïaque (constitution), I, 180.
- Parkinsoniens (syndromes), traitement par malaria, I, 183.
- Péduncule cérébral et ses contingents sous-thalamiques, II, 125.
- Pensée et cerveau, I, 81.
- Perception, fonction de la vie mentale, I, 273.
- Persécution (délire) chez une mère et sa fille, II, 316.
- Personnalité ; synthèses mentales, I, 273.
- Pléthiatisme ; association organique, I, 178.
- Prophylaxie mentale :
- et services ouverts, II, 120.
  - Dispensaire de la Seine :
  - La neuropsychiatrie infantile, II, 122.
  - Les états délirants, II, 121.
  - La psychothérapie, II, 122.
  - Les alcooliques, II, 121.
  - Les psychopathies tuberculeuses, II, 122.



- Les modalités de l'internement, II, 121.
- Le budget de la psychopathie, II, 123 (voir avortement, automobiles, chemins de fer, eubiotique, orientation professionnelle, sociale (médecine), stérilisation).
- Psychanalyse :
  - I, 76, 77, 79, 85, 116, 275, II, 404, 405, 503.
  - Société italienne de psychanalyse, II, 224.
  - Données psychanalytiques chez un épileptique, II, 428.
  - Complexes et constitutions, I, 201 (voir tabou).
- Psychologie :
  - Laboratoire de psychologie expérimentale de Cracovie, II, 313.
  - Traité de psychologie, I, 273.
  - l'Année psychologique, 1923, II, 312.
  - Psychologie génétique et ethnique, I, 274.
  - Psychologie des indigènes, II, 119.
  - Psychologie zoologique, I, 274.
  - Psychologie des délires, I, 406.
- Psychopathologie. Les doctrines en médecine mentale, I, 182.
- Psychophysiologie des glandes endocrines et du système neuro-végétatif, I, 276.
- Psychophysiologie de Charcot, II, 54.
- Psychiatrie sociologique, II, 219, 414, 500.
- Psychiatrie en clientèle, I, 179.
- Psychiques (recherches), congrès de Varsovie, 1923, I, 374.
- Psychoses :
  - hallucinatoire chronique et hallucinations visuelles, I, 374.
  - intermittente, atypique simulant la démence précoce, II, 448.
  - de désadaptation sociale et de dépaysement, II, 117.
- Rachis ; cancer secondaire, II, 317.
- Réaction (temps de) ; courbe de fréquence chez les normaux et anormaux, II, 123.
- Réflexe verbo-auriculo-ducteur ; son utilisation en psychothérapie, II, 119.
- Rêve :
  - Faux-rêves prémonitoires, II, 474.
  - Rêve hystérique, I, 404.
  - Rêves terrifiants de l'enfant, I, 404.
  - Rêveurs éveillés, II, 410.
- Roussy ; leçon inaugurale, I, 478.
- Schizomanie et schizophrénie :
  - Symptômes et attitudes, II, 116.
  - simple, II, 458.
  - Indifférence et négativisme, I, 435.
  - Regrets morbides ; attitudes schizophréniques, II, 344.
  - Psychasthénie, II, 316.
- Sclérose cérébrale et démence rapide, II, 485.
- Sclérose latérale, amyotrophie : formes cliniques, II, 316.
- Sénile :
  - Démence ; ses rapports avec la maladie d'Alzheimer, II, 327.
- Sentiment social et moral, I, 273.
- Sexualité :
  - Manifestations sexuelles dans les états dépressifs, II, 117.
  - Trois essais sur sa théorie, I, 74.
- Simulation, I, 412.
- Sociale (médecine), I, 176.
- Société clinique de médecine mentale : déc. 1924 : I, 92 ; janvier 1925 : I, 185 ; février, I, 278 ; mars, I, 376 ; avril, I, 476 ; mai, II, 127 ; juin, II, 221 ; juillet, II, 318 ; nov., II, 495.
- Société médico-psychologique :
  - Séances de : décembre 1924 I, 42 ; janvier 1925, I, 147 ; février, I, 244 ; mars, I, 331 ; avril, I, 447 ; mai, II, 33 ; juin, II, 181 ; juillet, II, 282 ; octobre, II, 387 ; novembre, II, 443.
  - Commission des finances, I, 153.
  - Assemblée générale, I, 44.

- Prix : Esquirol, II, 37 ;  
Belhomme, II, 183 ; Moreau,  
de Tours, II, 39.  
— Prix pour 1926, I, 187.  
— Membres correspondants :  
Beaudoin, I, 45 ; Boncour  
(Paul), I, 447 ; Minkowska,  
II, 35 ; Robin (G.), I, 449.  
— Membre associé étranger :  
Farnell, II, 387.  
Société suisse de psychiatrie :  
séances de nov. 1924, I, 87.  
— Programme pour juin 1925,  
I, 277.  
— Pour février 1926, II, 413.  
Somnambulisme, I, 408.  
Somnifène :  
— Mort par injection intramus-  
culaire, I, 170.  
— intraveineux chez les alié-  
nés, I, 56.  
Sourds-muets, II, 300.  
Souvenirs (pensée, langage, ré-  
ve, rêveries, croyance), I, 273.  
Spasme de torsion ; mécanisme  
physiologique, II, 123.  
Stérilisation des aliénés, I, 91.  
Subconduction mentale et in-  
fluence morbide, I, 326.  
Suggestion (auto), essai médico-  
psychologique, II, 317.  
— Suggestion et auto-sugges-  
tion, II, 408.  
Surmenage intellectuel, I, 423.  
Sympathique ; pathologie, I, 67.  
— Chirurgie du —, II, 306.  
Syphilis :  
— Syphilis encéphalique, son  
polymorphisme, II, 260.  
— cardio-vasculaire, II, 216.  
— et démence précoce, II, 116.  
— Hérédo-syphilis et déficience  
mentale, II, 116.  
Tabou et Totem ; interprétation  
par psychanalyse de la vie  
sociale des peuples primitifs,  
I, 77.  
Thérapeutique psychiatrique  
dans les leçons de Charcot, I,  
429.  
Thérapeutique des psychopa-  
thes, II, 120.  
Tics, I, 403.  
Torticollis mental, I, 403.  
Traumatismes expérimentaux et  
lésions du névraxe, II, 124.  
Traumatique (névrose), I, 411.  
Tremblement sénile, I, 403.  
Trophiques (troubles), I, 404.  
Tuberculose dans les asiles  
d'aliénés, I, 20.  
Tumeurs cérébrales, I, 118, 178.  
Typhoïde (vaccination).  
— Vaccination dans un service  
d'aliénés, II, 273, 416, 502.  
Vie (principes de la), I, 401.  
Vision mentale (perte de la), I,  
406.  
Voix : sa physiologie, II, 307.  
Volitions, I, 273.  
Vitalisme, monisme ; mécanis-  
me de la fonction nerveuse,  
II, 401.

## TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS<sup>(1)</sup>

- |   |                             |
|---|-----------------------------|
| Abely, II, 122, 185, 474.               | Augagneur, II, 119.         |
| Abramson (Mlle), II, 118, 201.          | Aymès, II, 317.             |
| d'Abundo, I, 183.                       |                             |
| Aguglia, I, 183.                        | Badonnel (Mlle), I, 48, 81. |
| Allendy, I, 80.                         | Baudoin, II, 408.           |
| Anglade, II, 115.                       | Bauer, II, 474.             |
| Antheaume, II, 114.                     | Beaudoin A., I, 176.        |
| Apert, I, 176 ; II, 298.                | Beaudoin H., I, 24, 193.    |
| Arnaud, II, 102, 115, 290, 324,<br>457. | Beaussart, I, 289.          |
|   | Benon, II, 213.             |

(1) Les chiffres en égyptiennes se rapportent aux chroniques, articles originaux, communications à la Société Médico-Psychologique.

Berillon, II, 119.  
 Boas, II, 409.  
 Borel, II, 410.  
 Bory, I, 176.  
 Bourgeois, I, 177.  
 Bouvier, II, 273.  
 Briand, I, 300 ; II, 111, 199.  
 Brin, II, 216.  
 Brissot, I, 300 ; II, 111.  
 Brunschwig, I, 177.

Calmettes, II, 107.  
 Capgras, I, 97 ; II, 121.  
 Carrette, I, 181 ; II, 365.  
 Carriat, II, 428.  
 Cassaigneau, II, 401.  
 Cénac, I, 155, 332.  
 Cestan, I, 70 ; II, 316.  
 Charon, I, 179.  
 Charpentier R., I, 172, 263 ; II, 291.  
 Christiansen, I, 177, 178.  
 Claparède, I, 79.  
 Claude H., I, 48, 58, 80, 85 ;  
 176, 332, 435 ; II, 113, 118,  
 456, 458.  
 de Clérambault, I, 168 ; II, 199.  
 Codet, I, 332 ; II, 118.  
 Colin H., I, 251, 264, 385 ; II,  
 102, 324, 400.  
 Coste, I, 175.  
 Courbon, I, 40, 393 ; II, 5, 54,  
 107, 308.  
 Courtois-Suffit, I, 177.  
 Couvelaire, I, 176.  
 Crouzon, II, 108.

Dabout, I, 244, 474.  
 Daday, II, 474.  
 Damaye, I, 72 ; II, 219.  
 Daussy, II, 389.  
 Delaitre, II, 114.  
 Delmas, I, 340.  
 Desruelles, II, 273.  
 Dide, II, 106, 110, 114.  
 Dujarric de la Rivière, I, 177.  
 Dodart des Loges, I, 56.  
 Donaggio, II, 124.  
 Dubruille, II, 327.  
 Dubamel G., I, 80.  
 Dumas G., I, 168, 170, 273, 337.  
 Dupain, II, 290, 474.  
 Dupouy R., I, 459 ; II, 120, 196.  
 Durand-Saladin, I, 452 ; II, 117.

Favalelli, II, 317.  
 Fiessinger, II, 409.

Fillassier, I, 252.  
 Foix, I, 176.  
 Forel O.-L., II, 401.  
 Fosseyeux, I, 177.  
 Fournier (Mlle), II, 316.  
 Freud, I, 74, 76, 77.  
 Froment, II, 123.  
 Gay, II, 316.  
 van Gehuchten, II, 125.  
 Genevriér, I, 177.  
 Genil-Perrin, I, 177.  
 Gernez, I, 373.  
 Gillard, II, 401.  
 Gilles, II, 428.  
 Giroux, II, 216.  
 Godard, I, 64, 253.  
 Grodlewski, I, 176.  
 Guilhaud, I, 177.  
 Guillaume, II, 412.  
 Guillon, I, 177.  
 Guinon, I, 176.  
 Guiraud, I, 406, 258 ; II, 200,  
 260, 457.

Hacquard, II, 309.  
 Halberstadt, II, 23.  
 Harvier, I, 176.  
 Heinrich, II, 313.  
 Hesnard, I, 79 ; II, 105, 116,  
 316, 405.  
 Heuyer, II, 117, 120.  
 d'Hollander, II, 125.  
 Houssay, II, 417.

Jude, II, 119.  
 Josué, I, 176.

Kahn P., I, 342.  
 Kipchidze, II, 125.  
 Kohen, II, 119.  
 Krabbe, II, 110.

Laforgue, II, 405.  
 Lagriffe, II, 114.  
 Lahy, II, 120.  
 Laignel-Lavastine, I, 67, 164,  
 170, 171, 342.  
 Lamache, II, 117.  
 Lamarque (Mme), II, 300.  
 Lancelot, I, 170.  
 Laubry, II, 216.  
 Legal, I, 253.  
 Legrain, I, 177 ; II, 102, 301,  
 400.  
 Le Lay, I, 76.  
 Lelong, I, 258, 347.

- Lemoine G., II, 306.  
 Leroy, I, 65, 258, 341, 360 ; II, 107, 448.  
 Letulle, I, 174.  
 Ley A., II, 299, 311.  
 Lucchini, II, 123.  
 Louste, I, 177.  
  
 Marage, II, 307.  
 Marchand, I, 73, 165, 258, 340 ; II, 116, 185.  
 Marie A., I, 59 ; II, 119, 282.  
 Marinesco, II, 110.  
 Martimort, I, 229.  
 Mignard, I, 168, 252, 258, 326, 452 ; II, 117, 122, 200, 395.  
 Mignot, I, 264 ; II, 121.  
 Minkowski, I, 204 ; II, 116, 125, 344.  
 Mira, II, 117.  
 Monrad-Krohn, II, 304.  
 Montassut, I, 180, 332 ; II, 448.  
 Moussu, I, 73.  
  
 Nayrac, II, 230, 327.  
 Nussbaum, II, 316.  
  
 Obarrio, II, 304.  
 Okinczyk, I, 173.  
  
 Pactet, I, 250, 474 ; II, 86.  
 Pages, II, 316.  
 Pagniez, I, 175.  
 Pailhas, II, 286.  
 de Parrel, II, 300.  
 Perrens, II, 117.  
 Piéron, I, 81 ; II, 312.  
 Pitres, II, 217.  
 Perot, II, 114.  
 Prince, I, 352 ; II, 126.  
 Pruvost, I, 174.  
  
 Querey, I, 56, 170 ; II, 242.  
  
 Ralph, II, 404.  
 Raviart, II, 230.  
 Rayneau, I, 65, 258, 263.  
 Raynier, I, 21.  
 Rebierre, II, 293.  
 Reboul-Lachaux, II, 110, 316, 317.  
 Repond, II, 106.  
 Revault d'Allonnes, I, 474.  
 Reverchon, I, 74.  
 Robert, II, 103.  
  
 Robertson, II, 310.  
 Robin G., I, 445, 466, 435 ; II, 410, 458.  
 Robinovitch, II, 458.  
 Rodiet, I, 5, 252, 264, 277 ; II, 129, 200, 225, 389.  
 Roger H., II, 110, 314, 316, 317.  
 Roubinovitch, I, 151, 163, 251, 340 ; II, 101, 118, 122, 199 ; 474.  
 Rouvière, I, 66.  
 Rubbens, II, 125.  
 Ruzicka, I, 173.  
  
 Santenoise, I, 339 ; II, 133.  
 Sauzay, II, 297.  
 Schiff, I, 459 ; II, 118, 196.  
 Séglas, II, 106.  
 Semelaigne, II, 43.  
 Sezary, I, 176.  
 Sollier, I, 163, 251, 371 ; II, 102, 106, 308.  
 Sonn, I, 406, 374.  
 Souques, I, 176.  
 Starobinsky, I, 235.  
  
 Targowla, I, 48, 177, 363 ; II, 118, 195.  
 Testa, II, 124.  
 Testut, II, 217.  
 Toulouse I, 177, 263, 338, 459 ; II, 118, 120.  
 Trénel, I, 168, 172, 262, 474 ; II, 102, 105, 110, 194, 200, 396, 474.  
 Truelle, I, 147 ; II, 195.  
  
 Vachet, II, 312.  
 Vander Scheer, II, 124.  
 Vermeylen, II, 105, 116.  
 Vervaeck, II, 300.  
 Vidacovitch, II, 133.  
 Villey Desmeserets, I, 182.  
 Villiger, II, 305.  
 Vinchon, I, 80.  
  
 Weinberg (Mlle), II, 123.  
 Westerhuis, II, 126.  
 Wimmer, I, 306.  
 Wladitzko, II, 125.  
  
 Yakovlef, I, 178.  
  
 Zilanakis, I, 119.

*Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.*

Cahors, Imprimerie COUESLANT (personnel intéressé). — 31.717

